Rok LIV. Kraków, w Październiku 1915 Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Od Redakcyi.

Wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego i Czasopisma lekarskiego«, przerwane w roku zeszłym wskutek wypadków wojennych, wznawiamy w zmniejszonym na razie zakresie. Skłoniło nas do tego, pomimo niemałych trudności przedsięwzięcia, stanowisko najpoważniejszych korporacyi i stowarzyszeń lekarskich w kraju, oraz głosy szerokich kół koleżeńskich, wyrażających zgodnie zdanie, że podjęcie wydawnictwa jest potrzebne. Umożliwiła zaś wznowienie wydawnictwa ofiarność koleżeńska, zapewniając na czas pewien potrzebne środki.

Do grona wydawców, które zarówno gorącą zachętą, jak i czynną pomocą, kładzie podstawy do wznowienia ruchu piśmienniczego wśród lekarzy naszych, należą dotychczas następujący koledzy krakowscy: Akerman, Aronsohn, Bier, Blay, Blassberg, Bogdanik, Borowiecki, Bossowski, Braun, Bujwid. Cetnarowski, Ciechanowski, Czyrniański, Dadej, Damski, Dobrowolski, bar. Dormus-Malinowska, Foltyński, Frączkiewicz, Gliński, Godlewski Maryan, Grabczak, Haber, Hirsch Dawid, Hładij, Horoszkiewicz, Hoyer, Jakubowski M. L., Jakubowski A., Janiszewski, Jaworski W., Junger, Kader, Klecki, Kleczkowski, Klęsk, Kluger, Kłosowski, Kon, Korabczyńska, Kostanecki, Kostrzewski, Kramarzyński Adam, Krokiewicz, Krzyszkowski, Krzyształowicz, Landau Jan jun., Latkowski, Leinkram, Lewkowicz, Lustgarten L., Lustgarten Julian, Lustig, Łepkowski, Łobaczewski, Maciąg, Majewicz, Majewski, Markowa, Maziarski, Merunowicz, Momidłowski, Murdzieński, Nowotny, Nitsch, Pieniążek, Piltz, Piotrowski, Pisarski, Radwańska, Rec, Reiss, Rosenbauch, Rosner, Rzegociński, Rychliński, Schlank, Schneider, Schöngut, Schröder, Sędzielowski, Sikorska, Skurczyński, Sokołowska Helena, Sołtysik, Spira, Stroka, Surzycki, Szancenbach, Wachtel sen., Walter, Warzeszkiewicz, Wąsowicz, Weber, Weinsberg, Weissglas, Wernikowski, Wespański, Wicherkiewicz, Wilczyński, Wojciechowski, Wojewski, Ziarko, Zubrzycki.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich uczestniczy czynnie w wznowieniu swego organu, postanawiając zarazem, aby »Przegląd lekarski« wychodził tymczasowo także w zastępstwie »Tygodnika lekarskiego lwowskiego«, a to dopóty, dopóki i ten drugi organ Towarzystwa nie będzie mógł wznowić również swego wydawnictwa.

Na razie wydawać będziemy raz na miesiąc zeszyt w objętości około dwóch arkuszy druku, zmierzając do tego, aby powrócić do wydawnictwa tygodniowego, skoro tylko to będzie możliwe.

Zeszyt, zamykający rocznik 1914, wyjdzie wraz ze spisem rzeczy w niedługim czasie i będzie rozsyłany wszystkim dawnym czytelnikom w miarę nadejścia wiadomości o ich teraźniejszem miejscu pobytu; do wszystkich kolegów zwracamy się z prośbą o nadsyłanie tych wiadomości.

Wszystkich lekarzy polskich zapraszamy jak najgoręcej do współpracownictwa. Niechże bogate doświadczenia, zbierane przez nich wśród krwawego znoju, wśród groźnych niebezpieczeństw zarazy, w nadludzkiej nieraz pracy, w ofiarnem poświęceniu, gromadzą się w zasób piśmienniczy, z którego by dla dobra społeczeństwa, dla ocalenia tysięcy naszych rodaków czerpał ogół lekarzy naszych, czerpali następcy tych, którzy dziś trwają na najtrudniejszych posterunkach lekarskich. A również niechże nie giną wiadomości o czynach i trudach lekarzy polskich, którzy pod sztandarem najwyższych ideałów, zawsze i wszędzie z hasłem »res sacra miser«, wiodą teraz w najtrudniejszych warunkach bój z nieprzyjaciółmi całej ludzkości, chorobą i cierpieniem, i tylekroć sami padają ofiarą. Zapisujmy ich prace i dzieła do zbioru wspomnień, nietylko, by te szczytne poświęcenia zostały w dziejach medycyny polskiej, ale także, by były ożywczem źródłem dla współczesnych i potomnych, pobudką do przyszłych trudów i przyszłych poświęceń.

O puchlinie głodowej.

Podali

Dr B. Budzyński i K. Chełchowski.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Sosnowcu w dniu 17. lipca 1915.

W ostatnich miesiącach widujemy często w Zagłębiu Dąbrowskiem przypadki puchliny, nie dającej się wytłómaczyć ani cierpieniem nerek, ani narządu krwionośnego lub oddechowego, ani zmianami w innych narządach wewnętrznych. W przypadkach tych puchlina dotyczy nietylko kończyn dolnych, ale również całego ciała; bardzo często zajmuje twarz, zwłaszcza powieki; nieraz daje przesięki do

jam surowiczych (otrzewna, opłucne); naogół najbardziej przypomina puchlinę, towarzyszącą cierpieniom nerek. Przypadki, o których mowa, pochodzą bez wyjątku z uboższej klasy ludności, zwłaszcza z pośród robotników fabrycznych, pozbawionych obecnie zarobku. Klasa ta do niedawna cieszyła się znacznym dobrobytem; teraz od początku wojny musiała przystosować się do daleko gorszych warunków bytu, wyczerpać wszystkie oszczędności, do których zresztą niezawsze dostać się nawet mogła. Następstwem tego, jako też i panującej w Sosnowcu drożyzny, jest niedostateczne i nieodpowiednie odżywianie się całych mas ludności. Wszystko to skłoniło nas do użycia nazwy puchliny głodowej dla omawianych przypadków. Nasze Towarzystwo lekarskie zajmowało się już szerzeniem się w Sosnowcu chorób, które uznać należy za głodowe: hemeralopia (ślepota zmierzchowa), xerosis conjunctivae (zeschnięcie spojówki), ulcus corneae ex inanitione (wrzód rogówki z wyniszczenia), ecthyma (niesztowice), impetigo (liszajec), niezmiernie częste i złośliwe przypadki gruźlicy i zołzów. Puchlina głodowa, która nas tutaj przedewszystkiem zajmuje, wiąże się najczęściej z wymienionych chorób ze ślepotą zmierzchową oraz zeschnięciem spojówki.

O puchlinie głodowej we współczesnem piśmiennictwie lekarskiem niema żadnych prawie wzmianek. I nic dziwnego: w zachodniej Europie klęski głodowej oddawna nie znają. W naszem piśmiennictwie lekarskiem wzmianki o tem, że ludzie puchli po tyfusie, febrze podczas klęski głodowej, powtarzają się w czasie klęskowego dziesięciolecia między rokiem 1846—1855. Neugebauer w 1855 r. opisywał nawet chorobę głodową w sprawozdaniu ze szpitala św. Trójcy w Kaliszu w Pamiętniku W. T. lekarskiego za rok 1855, tom XXXVI, str. 5, 26, 42, 168, 241. Niestety tomu tego nie znaleźliśmy w Sosnowcu, przez co nie mogliśmy porównać opisu Neugebauera z obecnie panującą chorobą. Jeden z nas, przygotowując swą pracę o latach klęskowych w Polsce w r. 1846—1855, przy rozpytywaniu bardzo starych osób, czy z czasów dzieciństwa swego nie pamiętają głodu, słyszał parokrotnie, że ludzie wtedy puchli z głodu. W »Dyagnostyce« Biegańskiego znaleźliśmy wzmiankę o pracy Wagnera »Über die essentielle Wassersucht« w »Deutsch. Arch. f. kl. Med.« z r. 1887, które to cierpienie, być może, miało pewne podobieństwo z puchliną, panującą obecnie w Sosnowcu. I tej pracy nie mogliśmy tu teraz znikąd otrzymać.

Lekarze Zagłębia po raz pierwszy zaczęli zwracać jedni drugim uwagę na puchlinę głodową na posiedzeniu lutowem naszego Towarzystwa, wszakże jeden z nas już w grudniu r. z. widział niewątpliwy przypadek puchliny głodowej, i to z zejściem śmiertelnem. Wśród naszych chorych było kilku takich, u których puchlina znikała i znowu wracała. Ci pierwsze zjawienie się puchliny odnosili do grudnia i stycznia. Prawdopodobnie pierwsze przypadki puchliny głodowej uchodziły w oczach lekarzy za cierpienia nerkowe, tembardziej, że jednocześnie w Sosnowcu panowała płonica. Kol. Hulanicki już w drugiej połowie marca formułował stanowczo swoje poglądy na cierpienia oczne głodowe, a pierwsze przypadki ślepoty zmierzchowej zapisywał w swej księdze chorych już od lutego r. b. Od połowy marca do połowy czerwca puchlina głodowa powtarzała się bardzo często. Koledzy Olszewski i Zahorski w tym okresie czasu na każdem przyjęciu ambulatoryjnem widywali po parę przypadków na ogólną liczbę 100—150 przyjęć ambulatoryjnych. My zajęliśmy się tą chorobą dopiero od 12. maja i od tego czasu mieliśmy sposobność zbadać dokładniej do tej chwili (18. VIII), przeważnie w szpitalach, 55 takich przypadków. Od końca maja nasz »Komitet zdrowia publicznego« zaczął zbierać zawiadomienia lekarskie o puchlinie głodowej oraz ślepocie zmierzchowej. Dodając do powyższych 55 własnych spostrzeżeń zawiadomienia, zgłoszone do K. Z. P., mamy ogólną liczbę 224 przypadków. Od kilku tygodni mamy wrażenie, że liczba przypadków puchliny głodowej zmniejsza się. Daty powyższe zbiegają się z największem natężeniem drożyzny i braku środków spożywczych, które dosięgły szczytu w kwietniu i początkach maja. Jak daleko sięgnęła puchlina głodowa, trudno dziś orzec. Prócz Dąbrowy Górniczej, z której koledzy Starkiewicz i Żołędziowski zebrali każdy po 25 przypadków tej choroby, i to przeważnie ciężkich z wielką śmiertelnością, słyszeliśmy jeszcze o licznych zachorowaniach w Milowicach (kol. Falkowski), Zawierciu (kol. Bartkiewicz), Czeladzi (kol. Kotarski), Grodźcu i Wojkowicach (kol. Kotarski), Niemcach (kol. Puljanowski). W Będzinie kol. Weinzieher jeszcze w początku kwietnia r. b. spostrzegał przypadki śmierci z puchliny głodowej. O puchlinie głodowej w Niwce wspominał kol. Kwiecień jednemu z tutejszych lekarzy. Natomiast w Strzemieszycach (kol. Białostocki), Żychcicach (kol. Kotarski) i Ząbkowicach podobno jej nie widywano, jakkolwiek ślepota zmierzchowa zdarza się i w Strzemieszycach. Jeden z naszych chorych zachorował na puchlinę w Częstochowie, gdzie pozostawał w terminie, chory kol. Perelmana — w Iłży w gub. radomskiej, a więc już daleko poza Zagłębiem Dąbrowskiem.

Z warunków usposabiających do omawianej choroby, płeć na ogół zdaje się nie ma tu większego wpływu. Na 224 przypadki przypada mężczyzn 118, kobiet 106. (Łączymy tu statystykę puchliny głodowej sosnowiecką z 50 przypadkami z Dąbrowy Górniczej, zestawionemi przez kol. Starkiewicza (przeważnie z kopalni Reden i Konstanty) i Żołędziowskiego (przeważnie ze szpitala ś. Barbary przy Tow. franc.-włoskiem kopalń węgla) w jedną całość. Niewielka ta przewaga płci mężkiej wzrośnie, jeżeli uwzględnimy przewagę kobiet nad mężczyznami w ludności Zagłębia wskutek wychodźtwa mężczyzn za zarobkiem. Według spisu ludności w Sosnowcu z końca ubiegłego roku przypadało tu na stu mężczyzn 110,8 kobiet; wśród ludności zaś starszej, niż 14 lat, na stu mężczyzn 117,8 kobiet. Przewaga płci mężkiej uwydatnia się silniej w pierwszym dziesiątku lat życia oraz po 45 latach. W wieku od 11. do 45. roku życia przewaga ta znika, a nawet między 30. a 40. rokiem życia stanowczo częściej chorują kobiety (na 7 mężczyzn 18 kobiet). Możnaby mniemać, że większe zużywanie energii u mężczyzn usposabia ich bardziej do wyniszczenia i związanej z niem puchliny. Natomiast miesiączkowanie, porody i karmienie działają w odwrotnym kierunku — usposabiają raczej kobiety. Uwydatnia to lepiej załączona tablica.

Co się tyczy wieku chorych, to na 224 chorych znaleźliśmy zaledwie dwóch w pierwszym roku życia i to dopiero w ostatnim czasie. Jeden z nich, 10-miesięczny, karmiony był z jednej tylko piersi i dokarmiany sztucznie;

W wieku	Chorowało				Zmarło				% śmierci
	Mężczyzn	Kobiet	Razem		Mężczyzn	Kobiet	Razem		
Do 5 lat życia	48	36	84	111	8	5	13	14	Z 84 w pierwszych 5 latach życia zmarło 13 czyli 15,5 %
6—10	16	11	27		1	—	1		
11—15	3	4	7	11	—	—	—	2	Z 96 między 6. a 45. rokiem życia zmarło 5 czyli 5%
16—20	2	2	4		1	1	2		
21—25	1	1	2	14	—	—	—	1	
26—30	5	7	12		1	—	1		
31—35	3	6	9	25	—	1	1	1	
36 - 40	4	12	16		—	—	—		
41—45	9	10	19	39	—	—	—	3	
46—50	13	7	20		3	—	3		
51—55	7	1	8	14	2	—	2	2	Z 44 po 45. roku życia zmarło 11 czyli 25%
56 - 60	4	2	6		—	—	—		
powyżej 60 l. życia	3	7	10		3	3	6		
Razem	118	106	224		19	10	29		

W 1 r. życia	chorych	2	zmarło	0
» 2 »	»	25	»	1
» 3 »	»	36	»	8
» 4 »	»	12	»	4
» 5 »	»	9	»	0
» 6 »	»	13	»	0
» 7 »	»	2	»	0
» 8 »	»	5	»	1
» 9 »	»	2	»	0
» 10 »	»	5	»	0

o drugim, rocznym, wiadomości nie mieliśmy. W każdym razie zabezpieczenie osesków od puchliny głodowej jaskrawo uderza.

Niemal połowę chorych stanowiły dzieci w wieku od 2 do 10 lat (109 na 224), zwłaszcza w drugim i trzecim roku życia (61 przypadków). Przejście więc od karmienia piersią do zwykłego pożywienia jest najniebezpieczniejsze. Przewagę trzeciego roku życia nad drugim tłómaczyć może ta okoliczność, że w ubogiej klasie ludności karmienie u nas przeciąga się bardzo długo, tembardziej teraz wobec braku mleka krowiego. Jeżeli uwzględnimy, że w niedawno dokonanym spisie ludności Sosnowca znaleziono w Sosnowcu 38% dzieci do lat 14, że kuchnia dobroczynna przy fabryce Huldczyńskiego w drugiej połowie maja między stołownikami swoimi miała 33% dzieci w wymienionym wieku, kuchnia zaś przy kościółku w ciągu kilku dni miała stołowników dzieci w tym samym wieku 36·3%, to 50% dzieci, i to tylko do lat 10, pomiędzy chorymi na puchlinę głodową świadczyć będzie stanowczo o jakiemś szczególnem usposobieniu do niej wieku dziecięcego. Natomiast wiek od 11 do 30 lat życia dostarczył nam tylko 25 przypadków. Zwłaszcza wiek między 12. a 27. rokiem życia wydaje się względnie bezpieczniejszym: 10 zachorowań zaledwie. Dodać może powinniśmy, że unikaliśmy wciągania do naszych spostrzeżeń osób w późniejszym wieku, u których przyczyny puchliny mogą być bardzo różne i łatwo w tym względzie o pomyłkę, chociażby np. tylko ze względu na stwardnienie tętnic sercowych, nerkowych, nowotwory i t. p. sprawy. Pomimo tego w wieku od 46. do 53. lat mamy znowu liczne spostrzeżenia, bo 27 przypadków.

W dwóch przypadkach widzieliśmy puchlinę głodową, powstałą po porodzie, w dwóch innych po długotrwałem karmieniu (przez 2 lata i 2 miesiące w jednym, przez 1½ roku w drugim). W jednym przypadku widzieliśmy puchlinę kończyn dolnych, które przed kilku laty uległy ciężkiemu stłuczeniu, ale dotąd nigdy nie brzękły. Podobny zupełnie przypadek, w którym z początku choroby puchła jedna tylko, silnie uszkodzona przed laty noga, podał kol. Żołędziowski. W przypadku kol. Starkiewicza puchlina zaczęła się od nogi, która uległa bezwładowi podczas porażenia dziecięcego (choroby Heine-Medina).

Jeden z naszych chorych po raz trzeci w swem życiu zapadł na chorobę głodową: przed kilkunastu laty w wojsku we Władywostoku cierpiał przez kilka tygodni na ślepotę zmierzchową, ale zajęć wojskowych z tego powodu nie przerywał; podczas wojny japońskiej leżał przez parę miesięcy wskutek gnilca (skorbutu, czyli t. zw. »cyngi«). Obecnie zapadł na puchlinę głodową mimo nawet nienajgorszego żywienia się.

Puchlinę głodową po chorobach zakaźnych (odrze, ospie, durze, krztuścu) widywaliśmy, ale nie często. Na przypadek po płonicy nie trafiliśmy ani razu. O jakiemś szczególnem usposobieniu do puchliny osób, dotkniętych gruźlicą, zołzami, czy też krzywicą, nic nie możemy powiedzieć. Co prawda, unikaliśmy rozmyślnie, w początkach mianowicie naszej pracy, wszelkich przypadków powikłanych. Co zdaje się niewątpliwie usposabiać do puchliny głodowej, to biegunka dłużej trwająca, zapewne przez to, że upośledza przyswajanie pokarmów, i bez tego już niedostatecznych. A mamy tu na myśli nietylko tę biegunkę, która na jeden lub kilka tygodni poprzedza zjawienie się puchliny głodowej i tak ściśle się z nią wiąże, że niemal należy do jej obrazu klinicznego, ale i wszelkie dłużej trwające biegunki w odleglejszych nawet wywiadach, zakończone nawet wyzdrowieniem.

Występowanie puchliny głodowej rodzinne — u paru lub kilku członków tej samej rodziny — powtarza się stosunkowo często. Z własnych spostrzeżeń widzieliśmy to w 8 rodzinach, kol. Starkiewicz w Dąbrowie w 7 rodzinach (u 15 chorych na 25), kol. Żołędziowski w jednej. Gdyby sądzić po nazwiskach, należałoby tu dodać jeszcze 10 rodzin w Sosnowcu z pośród spisanych dla Komitetu zdrowia publicznego przypadków, o które dziś trudno już dopytać, czy należały do tych samych rodzin. (Obok nazwisk

pospolitych, jak Nowak, Czarnecki, Wójcik, Krawczyk, nastręczających wątpliwości, czy noszące je osoby należały do tej samej rodziny, mamy tu i nazwiska rzadsze: Torbus, Sabat, Lubański, Bryś, Zmorzytka, Szeroń. Członkowie tej samej rodziny zachorowywali zwykle razem, albo jeden po drugim — podczas choroby drugiego lub po jego wyzdrowieniu, czy śmierci; wyjątkowo zachorowania takie były oddzielone długą, kilkomiesięczną przerwą. Ze swoich spostrzeżeń 7 razy stwierdziliśmy ślepotę zmierzchową w rodzinie chorego na puchlinę, czasem u wszystkich członków tej rodziny. Często wreszcie powtarzała się biegunka u wszystkich lub niektórych członków rodziny chorego.

Wśród starozakonnych długo nie spotykaliśmy żadnego przypadku puchliny głodowej, co potwierdzali i inni koledzy. I ślepota zmierzchowa zdarza się u nich bez porównania rzadziej. Wiązaliśmy to z przepisami kuchni rytualnej żydowskiej, inni koledzy — z lepszem odżywianiem się żydów. W ostatnich dopiero tygodniach spotkaliśmy trzy przypadki puchliny głodowej wśród żydów (jeden kol. Perelmana, dwa własne). Wśród swoich chorych mieliśmy ewangielika, prawosławnego, maryawitę.

171 chrześcian w Sosnowcu z puchliną głodową, zapisanych przez nas w ciągu 3 miesięcy na niespełna 40 tysięcy ludności chrześciańskiej, znalezionej w Sosnowcu w końcu r. 1914, jest to stosunek, dający pewną miarę rozpowszechnienia opisywanej tu przez nas choroby.

Jeżeli wiek, płeć, porody i t. p. mogą mieć co najwyżej znaczenie warunków usposabiających, to inaczej mają się rzeczy z głodem. Ten gra rolę stanowczej przyczyny w powstawaniu puchliny. O stopniu i rozmiarach nędzy w Sosnowcu świadczą choćby następujące liczby: Ludność Sosnowca wskutek braku pracy i wychodźtwa za zarobkiem zmniejszyła się w końcu r. 1914 ze 115 do 50 tysięcy, w tem 40.000 chrześcian. Z tych 40.000 chrześcian żywiło się w kuchniach dobroczynnych do 20.000. W 5 kuchniach dobroczynnych miejskich (nie licząc fabrycznych) wydawano zup obiadowych z każdym miesiącem coraz to więcej, począwszy od 861 w sierpniu 1914 do 12 692 w kwietniu r. b.

Za najczulszą jednak miarę niedostatku i głodu w Sosnowcu, zdaniem naszem uznać należy nie klientelę bezpłatną kuchni dobroczynnych, która wciąż wzrastała, ale stołowników płatnych, t. j. ludzi, którzy nie chcą żebrać, nie chcą wyzyskiwać dobroczynności, chcą tylko za swoje pieniądze wyżywić się jak najtaniej. Dane o nich mamy z kuchni przy kościółku od p. Waśniewskiej.

Liczba tych płatnych stołowników, płacących 5 kop. za obiad, t. j. zupę z chlebem, do końca r. 1914 była bardzo mała, liczyć ich można było zaledwie na dziesiątki (w sierpniu średnio 36 dziennie, we wrześniu 33,5, w październiku 31, w listopadzie 17, w grudniu do wigilii świąt Boż. Nar. 13). Widocznie przez te miesiące ludzie mieli jeszcze zapasy żywności lub pieniężne. Od świąt Boż. Nar. rzeczy się zmieniają, liczba stołowników płatnych wzrasta szybko, i to coraz bardziej, aż do kwietnia; zmniejsza się wprawdzie w maju i czerwcu, ale trzyma się jeszcze wysoko aż do 10. czerwca [w ostatnim tygodniu grudnia 57 obiadów, w styczniu 135, w lutym 289, w marcu 417 (w pierwszych 17 dniach miesiąca 362, w ostatnich 2 tygodniach 483), w kwietniu 1242 (w pierwszych 8 dniach 589, w ostatnich 22 dniach 1480), w maju 874 (od 3. do 6. V. 1255,5; od 22. do 24. V. 1063), w czerwcu 570 (w pierwszych 10 dniach 1053,5 przez resztę miesiąca 328 obiadów)].

Zgodność tych liczb (obiadów dobroczynnych płatnych) ze śmiertelnością w Sosnowcu jest wprost zastanawiająca, jak to widać z poniższego zestawienia:

	W 5 ostatnich miesiącach 1914 r.	W styczniu 1915 r.	W lutym	W marcu	W kwietniu	W maju	W czerwcu	W lipcu
Liczba obiadów płatnych w kuchni przy kościółku	26·75	135	289	417	1242	874	570	—
Liczba śmierci miesięczna w parafiach katolickich w Sosnowcu	88 6	91	131	164	170	126	136	185

(Zgodnie z powyższem i przewaga śmierci nad urodzeniami zaczęła się w Sosnowcu dopiero w styczniu, a dosięgła w marcu stosunku 182·2 śmierci na 100 urodzeń, w lipcu zaś 253·4 śmierci na 100 urodzeń. Liczba urodzeń średnia miesięczna z 223 (przed wojną) spadła do 73 (w lipcu). Przewagi chłopców nad dziewczętami wśród noworodków, zwykłej w czasie wojny, nie widać tu dotąd).

Pierwsze impulsy do wzrostu liczby obiadów płatnych datują się od wigilii Boż. Nar. i od 18. marca, zapewne w związku z przedświątecznem wyśrubowywaniem cen środków spożywczych. W kwietniu zbiegają się: i najwyższa liczba obiadów płatnych, i najwyższa śmiertelność w Sosnowcu, i szczyt grasowania chorób głodowych. D. 25. IV liczba obiadów płatnych podskoczyła do 2534, liczby dwa razy wyższej od najwyższej średniej miesięcznej.

Za miarę głodu i niedostatku możnaby wreszcie poczytywać wahania liczby obiadów dobroczynnych w niedziele i święta. W dni te każdy pragnąłby zapewnić swoim lepszy nieco posiłek i szukać go będzie dla samej odmiany raczej na targu, dopóki głód i drożyzna nie przekroczą pewnego szczytu, w najgorszych zaś czasach trzymać się będzie kuchni dobroczynnej.

I tu widzimy wielką różnicę w roku 1914 i w pierwszych 4 miesiącach r. 1915. Na 25 dni świątecznych w r. 1914 liczba obiadów w 3 dniach tylko wzrastała nieznacznie, w 22 zaś dniach wyraźnie się zmniejszała. W r. 1915 od stycznia do kwietnia włącznie rzeczy się zmieniły: z 22 dni świątecznych w 13 dniach liczba obiadów wzrastała, w 8 dniach tylko zmniejszała się. Dotyczy to zwłaszcza obiadów płatnych: lepszego obiadu w święto za swoje pieniądze ludność szuka — w kuchni dobroczynnej.

Daje to poniekąd miarę opinii, jaką wyrobiły sobie wśród głodnej ludności kuchnie dobroczynne. A nie trzeba przytem zapominać, że w pierwszych miesiącach wojny kuchnie te były lepiej zaopatrzone i hojniejsze, niż później. Kuchnia np. przy kościółku miała i wydawała na razie ryż, groch, fasolę, ogórki, smalec, a nawet śliwki, odrobiny kiełbasy, masła, ale wtedy właśnie stołowników liczyła nie nazbyt wielu. Stopniowo pokarmy te z kuchni znikają, jedne

na stałe, inne na czas dłuższy, natomiast liczba stołowników wciąż rośnie i rośnie. W okresie wreszcie największej frekwencyi, nawet i kaszę i mąkę wydziela się w zmniejszonej ilości; dostarczyć stołownikom ziemniaków i chleba staje się głównem zadaniem kuchni.

Dużo się słyszy i nawet czyta o wyzyskiwaniu dobroczynności przez stołowników, nie zasługujących na wsparcie, nie potrzebujących posiłku z dobroczynności. Ani nasza jednak osobista obserwacya, ani dokładniejsze wniknięcie w cyfry, nie potwierdzają tych podejrzeń. Widzieliśmy ludzi, którzy przyznawali się nam sami do przestępstwa zjadania obiadów z dwóch kuchni dobroczynnych, ale mimo tego chorowali na puchlinę głodową. Póki nie było nędzy, ogólna liczba stołowników kuchni dobroczynnych była względnie nizka; od 3. listopada zaczyna się ciągły jej wzrost; wzrastała w miarę wzrostu nędzy; od 11. VI z nastaniem cieplejszej pory i ze zjawieniem się nowych źródeł zarobku liczba obiadów spada.

Niemal wszyscy nasi chorzy, dotknięci puchliną głodową, nie jedli już mięsa od paru czy kilku miesięcy, czy też, co najczęściej, od początku wojny. Nawet podczas świąt Wielkanocnych, kiedy przecież przygotowywanie święconego uważane jest u nas niemal za obowiązek religijny, chorzy nasi ani mięsa, ani jaj w domu nie mieli, albo też mieli jaja w stosunku jednego na 2 osoby, mięso w ilości $^1/_2$ do 1 funta na całą rodzinę. Wszyscy nasi chorzy obywali się bez masła i niemal bez mleka, a znaczna ich większość i bez słoniny; niektórzy posługiwali się łojem wołowym okołonerkowym, który w zwykłych czasach nie bywał u nas w użyciu. Mleka w zimie nie mogły dostać nawet zamożne rodziny. Najgorzej żywiący się chorzy opowiadali, że i rano i wieczorem jedzą ziemniaki bez okrasy z wodą soloną, albo też, że połowę zupy, otrzymywanej z dobroczynności, zostawiają sobie na wieczerzę; niektórzy wieczerzy wcale nie jadali, tylko śniadanie i zupę obiadową. Chleb zaś jadali bynajmniej nie codziennie. Lepsze już było położenie tych, którzy, mając zapasy kapusty lub trochę mąki, mogli spożywać kupione kartofle z żurem lub kapuśniakiem, którzy jadali chleb codziennie i przy każdym z trzech posiłków, którzy pijali czarną kawę z cukrem, często nawet w nadmiernej ilości, po kilka szklanek dziennie na głowę, nie wyłączając od tego nawet i drobnych dzieci. Szczęśliwsi już byli ci, co od czasu do czasu kupowali trochę łoju wołowego, słoniny, kaszy i mąki, a niekiedy nawet i mleka, gdy chodziło o niemowlęta, nie mające dość pokarmu w piersi matczynej lub dopiero co odstawione od piersi. O spożywaniu innych pokarmów przez naszych chorych poza zupą, jeszcze wydawaną w kuchniach dobroczynnych, i śledziami w poście, nie słyszeliśmy od nich nigdy. Wspomnieć jednak musimy, że widzieliśmy sami jedno dziecko, jednego chłopca (terminatora) i jednego dorosłego, a słyszeliśmy od kolegów o 2 takich dzieciach, których rodziny żywiły się względnie lepiej, — słoninę kupowały regularnie, i to w większych ilościach, mięso nawet jadały kiedy niekiedy, wydawały na swe utrzymanie 30 i więcej rubli miesięcznie. Mimo to jednak puchlina głodowa zjawiała się nawet i w takich rodzinach. Przypadki takie kazałyby przypuszczać, że może nie tyle brak pożywienia jest przyczyną choroby, ile jakość pokarmów (zepsute kartofle n. p.). Może wreszcie chorobliwy stan przewodu pokarmowego nie pozwala mu wyzyskać pożywienia, od biedy nawet wystarczającego, w należyty sposób.

Większość chorych naszych, jak już wspominaliśmy, bynajmniej nie należąca do proletaryatu, naogół o głodzie sama nie mówiła, albo nawet wręcz odpowiadała przecząco na pytanie, czy cierpi głód. Rzecby można, że wstydzili się przyznać do niedostatku, graniczącego z głodem. Dopiero szczegółowe wypytywanie o sposób żywienia się wykazywało nam prawdę w całej nagości. Młody chłopiec na pytanie o głód, upewniał, że głodu wcale nie cierpi, że nawet przecież nie może zjeść wszystkich kartofli, które mu dają, a czasami tak się ich naje, że aż potem wymiotuje. Inny połowę porcyi, otrzymywanej z kuchni dobroczynnej, oddawał głodniejszym od siebie. Inni jeszcze odpowiadali, że do kapuśniaku, lub żuru, lub kartofli, lub zupy z dobroczynności mają nawet odrazę, głodu więc nie cierpią. Oczywiście chorzy nasi mieszali pojęcia głodu — sensacyi wewnętrznej i głodu — braku pożywienia.

Od niektórych chorych zebraliśmy dane, dotyczące ilości spożywanych przez nich pokarmów.

1) 42-letniego P. zaliczaliśmy do wyjątków, które mimo niezłego żywienia się zapadły na puchlinę. Na głód się nie uskarżał i nie miał widocznego powodu do udzielania fałszywych danych o swem pożywieniu. Na utrzymanie domu wydawał codziennie rubla, nadto z oszczędności wydał 50 rb. w ciągu ubiegłego roku. Od początku wojny do 1. VIII. 1915 zjedli z żoną $4^1/_2$ korca ziemniaków, 2 kopy kapusty, prócz których dokupili jej 20 fnt. Co 2 dni kupowali bochenek chleba 4-funtowy; co 2 tygodnie kupowali: 2 fnt. kaszy, 5 fnt. mąki, 1 fnt. słoniny; co tydzień: 1 fnt. mięsa; w poście co 2 tyg. 5 śledzi; ryżu na cały rok 15 fnt.

Przerachowane na głowę i dobę, czyni to:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Chleba	410	24·8	1·64	211
Ziemniaków	619	12·3	0·93	129
Kapusty	278	5·3	0·56	14
Mąki	73·1	7·0	1·05	54
Kaszy	29·3	2·7	0·52	22
Ryżu	8·5	0·7	0·06	7
Słoniny	14·65	—	10·7	—
Mięsa	29·3	6·2	1·58	—
Śledzi	5·8	1·1	0·98	—
Razem		60·1	17·92	437

Na odpadki z kapusty odliczaliśmy $^1/_5$ wagi, ze śledzi $^1/_3$ wagi, na obierzyny z ziemniaków $^1/_6$ ich wagi. Skład chemiczny obliczaliśmy według Königa, nie strącając wcale składników nieprzyswajalnych.

Ilości te, mianowicie białka i tłuszczów, są znacznie niższe od znanych norm, wypracowanych przez Voita i Pettenkoffera. Niższe jeszcze o wiele okażą się one, jeżeli uwzględnimy, że co najmniej $^1/_4$, a zapewne $^1/_3$ podanego tu białka i dość znaczną część tłuszczów trzeba odrzucić, jako nieprzyswajalne. (I w tym przykładzie i w przytoczonych niżej skład pokarmów umyślnie podaliśmy w całości, nie odtrącając zeń odsetki nieprzyswajalnej białka, tłuszczów i wodanów węgla. Odsetka ta bowiem tak jest zmienna, tak zależna od rodzaju pożywienia, sposobu przyrządzania pokarmów, kombinowania ich ze sobą, wreszcie od stanu przewodu pokarmowego, że traktować ją w rachunku jako coś stałego, obliczalnego, wydawało się nam błędem).

W ostatnich czasach po pracach Hirschfelda, Klemperera, Kumagawy, Sivena, a zwłaszcza Chittendena, powstał

pogląd, zyskujący sobie coraz więcej miru i zwolenników, że normy pożywienia Voita i Pettenkoffera są za wysokie, że spożywamy za wiele białka i tłuszczów, że ilość ich można zmniejszyć nawet o połowę bez szkody, a raczej z pożytkiem dla zdrowia nawet u osób, oddających się sportom (doświadczenia Chittendena nad grupą studentów) [1]). Poglądy te i doświadczenia trzeba przyjmować z wielkim krytycyzmem jako dążenie do oznaczenia minimów fizyologicznych odżywiania i do wyszukiwania ludzi, znoszących bez szkody te minima. Ilości składników pokarmowych, spożywanych przez naszego chorego, zbliżają się bardzo do podanych przez Chittendena. Że można przytem wyżyć nawet w pozornie dobrem zdrowiu, dowodzi tego przykład żony naszego chorego; że można jednak i zapaść na chorobę głodową, świadczy przykład samego chorego. Z pomiędzy dziesiątków tysięcy ludzi, cierpiących głód w Sosnowcu, na choroby głodowe zapadła względnie mała tylko odsetka. I do doświadczeń Chittendena zgłaszali się niewątpliwie wyjątkowi tylko studenci, którzy wiedzieli o sobie, że mogą poprzestać na bardzo skromnem pożywieniu; i z tych wyjątków jednak połowa wkrótce się wycofała, jak to podaje sam Chittenden. Minimów i norm fizyologicznych pożywienia nie można uważać za jedno.

Przytaczamy z kolei dane, dotyczące 3 chorych, którzy nie korzystali z kuchni dobroczynych, ale żywili się niedostatecznie:

2) 31-letni S. przebywał ślepotę zmierzchową i puchlinę głodową; jedno dziecko puchnie z białka w moczu; choroby serca nie ma. Z żoną i dziećmi: 6, 3½ i 1½-rocznem (liczymy ich za 3 dorosłe osoby) zjedli od października do końca czerwca 7½ korcy ziemniaków. Kupują codziennie 4 fnt. chleba; co miesiąc zaś: mąki 26 fnt., kaszy 10 fnt. (nadto 20 fnt. kaszy na całą zimę), cukru 10 fnt., soli 4 fnt., łoju wołowego 2 fnt.; nadto kilka razy w ciągu roku po pół funta »masła roślinnego«. Kapusty nie mieli

Przerachowane na dobę i na głowę dorosłego, czyni to:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Chleba	547	33	2·2	282
Ziemniaków	892	17·8	1·3	186
Mąki	118	11·4	1·7	87
Kaszy	56	5·1	0·8	42
Cukru	45·5	—	—	43
Łoju wołowego	4·7	0·2	4·5	—
Masła	1·2		1·0	
Soli	18·0			
Razem		67·5	11·5	640

3) 48-letni B. z żoną i 4-letnią córką przebywali wszyscy ślepotę zmierzchową; sam B. i puchlinę głodową. Kupują: 6 fnt. chleba na 2 dni, 2 garnce ziemniaków codziennie, ¼ fnt. słoniny na tydzień (liczymy ich za 2½ dorosłych). Innych pokarmów nie mają i nie kupują. Czyni to na dobę i na głowę dorosłego: 2886 ziemniaków, 492·0 chleba i 5·9 słoniny, czyli: 77·7 białka, 9·88 tłuszczów i 760 węglowodanów.

4) 49-letnia H., dotknięta puchliną głodową, z mężem, dorosłą córką i dzieckiem jej przy piersi (liczymy ich za 3 dorosłe osoby), prócz kawy, cukru i kapusty, której starczyło do W. Nocy, dokupywała na tydzień: 2 pudy ziemniaków, 4 fnt. chleba, 2 fnt. kaszy, ½ fnt. słoniny. Czyni to na dobę i głowę:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Ziemniaków	1250	24·8	1·9	261
Chleba	78·1	4·7	0·3	40
Kaszy	39·05	3·6	0·6	29
Słoniny	9·8	—	7·1	
Razem		33·1	9·9	330

Przytaczamy z kolei cztery rodziny, które otrzymywały zupę z kuchni dobroczynnych:

5) Dz. (mąż, żona, 15-, 13-, 7- i 2½-letnie dzieci; liczymy ich za 5 osób dorosłych). Puchnie najmłodsze dziecko, matka ma ślepotę zmierzchową. Dokupują co tydzień: chleba 6 fnt., łoju wołowego ½ fnt., cukru 2 fnt., soli 1 fnt.; co 2 tygodnie: 120 fnt. ziemniaków, 6 fnt. mąki. Nadto mieli kapustę do zapust, w poście — śledzie. Czyni to na dobę i dorosłego:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Chleba	70·3	4·2	0·3	36·1
Ziemniaków	527	10·5	0·8	110·0
Mąki	35·1	3·4	0·5	25·8
Cukru	23·4	—	—	22·2
Łoju wołowego	5·9		5·8	
Soli	11·7			
Razem		18·1	7·4	194·1

Ziemniaków na odpadki i obierzyny odliczali ¼ wagi.

6) R. (mąż, żona i sześcioro dzieci, z których dwoje puchnie, jedno cierpi na ślepotę zmierzchową; liczymy ich za 5 dorosłych). Prócz zupy z fabryki i śledzi w poście dokupują codziennie garniec ziemniaków i 3 fnt. chleba; innych pokarmów nie mają. Przerachowane na dobę i głowę dorosłą, czyni to: 246·0 gramów chleba i 602 gr. ziemniaków, czyli: 26·9 białka, 1·9 tłuszczów, 253·0 węglowodanów.

7) B. (mąż, żona i pięcioro dzieci; liczymy ich za 4 dorosłych). Dokupują codziennie 6 fnt. ziemniaków, 3 fnt. chleba, ½ fnt. cukru. Czyni to na dobę i głowę dorosłą: ziemniaków 512·0 gramów, chleba 307·5, cukru 51·25, czyli: 29·2 białka, 2·12 tłuszczów, 315 węglowodanów.

8) 46-letni B. z chłopcem (liczymy ich za 1½ dorosłego), chorował po raz drugi na puchlinę głodową i zmarł z niej. Dokupywał tylko 6 fnt. ziemniaków dziennie, co czyni na dobę i dorosłą głowę 1366 gramów ziemniaków, czyli: 27·0 białka, 2·1 tłuszczów, 285 węglowodanów [1]).

Interesującem może będzie przytoczyć ilość produktów spożywczych, zużywanych na zupę, wydawaną w kuchniach dobroczynnych w Sosnowcu. Dane odnośne otrzymaliśmy z kuchni miejskiej przy kościółku za miesiąc kwiecień i z kuchni fabrycznej Hulddczyńskiego za dwa ostatnie tygodnie maja. Na jedną porcyę zupy dla dorosłego (litrową) wypada gramów:

	W kuchni miejskiej	w kuchni Huldcz.
Chleba	179·7	182·7
Ziemniaków	206·5	168·1
Mąki	18·8	18·86

[1]) Poglądy te przytaczamy według Fizyologii L. Lucianiego (przekład niemiecki: Physiologie des Menschen 1911, tom IV, str. 518—526).

[1]) W odczycie naszym w Towarzystwie lek. w Sosnowcu wskutek pewnych niedokładności, które się wkradły do naszych obliczeń, podaliśmy cyfry nieco odmienne. Po sprawdzeniu rachunku prostujemy je tutaj.

	W kuchni miejskiej	w kuchni Huldcz
Kaszy	6·4	16·87
Ryżu	0·23	3·23
Grochu	—	3·38
Cukru	8·66	4·6
Kapusty	2·9	15·95
Cebuli	3·65	3·99
Mięsa wołowego	0·58	—
Kiełbasy	0·12	—
Śledzi	0·11	—
Słoniny wędzonej	1·21	1·88
Margaryny	—	1·65
Mleka	—	3·0
Soli	4·29	

Czyni to:

białka	17·4	19·17
tłuszczów	2·45	4·7
węglowodanów	162·3	165·55
ciepłostek	759·6	802

Nawet gdyby zupę obiadową uważać za $^1/_3$ dziennego pożywienia, i wtedy jeszcze pożywienie całodzienne byłoby niedostateczne, mianowicie pod względem tłuszczów i białka.

Zachodziłoby pytanie, jaki brak w odżywianiu uznać za przyczynę puchliny głodowej. A priori wydawałoby się, że najprędzej może brak tłuszczu. Pożywienie naszego ludu zawiera niezmiernie mało tłuszczu i lud nasz wartość swego pokarmu uzależnia głównie od tego, czy dobrze jest okraszony. Ślepotę zmierzchową lekarze, którzy praktykowali w Rosyi (w Sosnowcu kol. Hulanicki), widywali tam podczas wielkiego postu, który w Rosyi przestrzegany jest niezmiernie surowo z wyłączeniem wszelkiej okrasy — masła, słoniny, oleju. Mimowoli więc chciałoby się łączyć i ślepotę zmierzchową i puchlinę głodową z brakiem tłuszczu w pożywieniu. W tym duchu wypowiadał swój pogląd kol. Weinzieher, powołując się na doniosłe znaczenie lipoidów w patologii, jeszcze przed naszym odczytem. Wspominaliśmy już jednak, że w paru wyjątkowych naszych przypadkach zapadały na puchlinę głodową osoby, otrzymujące tłuszcze, jeżeli nie w dostatecznej, to w blizkiej tego ilości.

Brak mięsa mniej jeszcze możnaby winić, niż brak tłuszczu. Setki milionów ludzi na ziemi mięsa prawie wcale, lub wcale nie jada bez złych następstw dla swego zdrowia. Nasi robotnicy fabryczni pochodzą przeważnie ze wsi i do mięsnego pożywienia bynajmniej jeszcze nie przywykli. Bardziej już byłoby można winić brak innych pokarmów zwierzęcych, od których ludność nasza jeszcze nie odwykła. Mamy tu na myśli przedewszystkiem mleko, zwłaszcza u dzieci, a dalej ser, jaja, masło. Pokarmy te stały się dziś w Sosnowcu czemś niemal zbytkownem, zwłaszcza mleko krowie i masło. Fakt jednak, że puchlinę głodową u żydów wyjątkowo tylko widywaliśmy, zwracał naszą uwagę na wieprzowinę. Badanie drobnowidowe próbek mięsa wieprzowego i słoniny z kilku transportów do kuchni dobroczynnych nie wykryło ani włośni (trychin), ani wągrów. (Korzystaliśmy przytem z trychinoskopu, łaskawie użyczonego nam przez miejscowego weterynarza p. Lipskiego). Inne choroby świń (róża, pomór, choroba pyska i racic) nie udzielają się ludziom; mięso takich świń nie jest szkodliwe, uchodzi tylko za mniej wartościowe. Wobec niezmiernie małej ilości wieprzowiny, spożywanej przez uboższe klasy, wobec braku przypadków puchliny głodowej wśród zamożniejszych, z góry już można było wyłączyć znaczenie przyczynowe wieprzowiny.

Pozostawałoby więc szukać przyczyny złego w zmienionej jakości pokarmów, stanowiących główną podstawę pożywienia cierpiącej głód ludności. Mogłyby to być n. p. ziemniaki zgniłe, albo, ogólnie wyrażając się, zepsute. Komitet żywnościowy w Sosnowcu otrzymywał ziemniaki w wagonach odkrytych w zimie, w znacznej części przemarznięte. Ziemniaki takie bardzo szybko gniją. Już sam komitet z miejsca odrzucał 18% zgniłych ziemniaków, a nadmarznięte oddawał bezpłatnie kuchniom dobroczynnom. Wobec drożyzny ziemniaków, a czasami dłuższego ich braku, ludność z pewnością była mniej wybredna przy ich przebieraniu. Jedna z naszych chorych narzekała, że z kupionych ziemniaków na obierzyny i nieużytki musi odrzucać $^1/_4$ wagi, a więc daleko więcej niż zwykle, z powodu mnóstwa ziemniaków ciemnych i siwych. Nawet i zamożniejsze osoby w obecnych ziemniakach, spożywanych teraz przez siebie, codziennie znajdują części ciemniejsze, mało nawet różniące się w smaku. Być może, że warstwy uboższe, kupując ziemniaki, otrzymują między niemi więcej nadpsutych, niż zamożniejsi i nie odrzucają ich, jak ta kobieta, o której wspominaliśmy. Być może, że niedość starannie czyszczone łupiny z ziemniaków, dodawane do chleba lub spożywane wprost przez głodnych, wpływają szkodliwie na zdrowie. I w stęchłej mące lub zafałszowaniach chleba, czy też mąki, mogłaby kryć się szkodliwość, która wywołuje naszą chorobę. Nie mamy wprawdzie żadnych danych do wniosków w tym względzie, ale bylibyśmy skłonni upatrywać winę złego raczej w ziemniakach, niż w chlebie, chociażby już ze względu na spożywanie ich w daleko większej ilości. W r. 1847 Niemirowicz w Tygodniku lek. (str. 85) stawiał w związku czerwonkę ze spożywaniem zepsutych ziemniaków, dotkniętych wówczas zarazą.

W obrazie klinicznym choroby wpadają w oczy przedewszystkiem następujące wspólne cechy: puchlina, osłabienie mięśniowe, wyniszczenie ogólne, zaburzenia w czynnościach przewodu pokarmowego, przygnębienie psychiczne, osłabienie wzroku i słuchu, zanik popędu płciowego, zmiany we krwi i moczu.

Puchlina, jak to wyżej wspominaliśmy, najbardziej przypomina obrzęki, towarzyszące cierpieniom nerkowym. Jakkolwiek zazwyczaj puchlina zaczyna się od kończyn dolnych, mianowicie stóp, a czasami tylko do nich się ogranicza, to jednak najczęściej widać ją na całem ciele (kończyny górne, krzyż, narządy płciowe zewnętrzne), zwłaszcza zaś na twarzy, a mianowicie na powiekach. Niejednokrotnie słyszeliśmy skargi chorych, że nie mogą patrzeć na oczy wskutek ich opuchnięcia. U niektórych dzieci nie mogliśmy wprost dostać się do gałek ocznych. W wybitniejszych przypadkach puchliny głodowej stopień obrzęków bynajmniej nie był słabszy od tych, jakie się widuje w miąższowem zapaleniu nerek. Chory kol. Perelmana po ustąpieniu puchliny stracił 30% wagi, stwierdzonej w czasie obrzęku. Na wewnętrznej powierzchni ud u tego chorego po zniknięciu puchliny pozostały liczne różowe blizny, nie różniące się niczem od powszechnie znanych blizn ciężarnych — striae gravidarum. O paru chorych słyszeliśmy, że popękała im rozciągnięta puchliną skóra i z pęknięć płynęła ciecz. Puchlina była silniejsza przy dłuższem trwaniu choroby i przy

jej nawrotach. Opuchłe kończyny były zimne i sprawiały samym chorym przykre wrażenie zimna. U niektórych chorych uciskanie spuchniętej skóry sprawiało dotkliwy ból. Puchlinę brzuszną widzieliśmy w 17 przypadkach, puchlinę jam opłucnych — w 4. Płyn puchlinny z jamy brzusznej badaliśmy 2 razy, ale wydobyty ze zwłok (patrz niżej: trzecia i druga sekcya). Ciężar właściwy płynu wynosił raz 1008, raz 1010. Białka w nim było niezmiernie mało (wedle Esbacha 2‰ w jednym, 2·25‰ w drugim przypadku), płyn był niemal wodnisty. W osadzie, prócz skąpych krwinek czerwonych i ciałek białych, widać było napęczniałe złuszczone śródbłonki otrzewnej, po części stłuszczone. Płyn z jamy opłucnej, wydobyty także ze zwłok (patrz niżej: sekcya czwarta), o barwie blado-różowej z małą domieszką krwi i wiotkim skrzepem włóknika, miał cięż. wł. 1011, zawierał białka wedle Esbacha 11‰, w osadzie całe płaty złuszczonych i stłuszczonych śródbłonków opłucnej, krwinki czerwone i nieliczne ciałka białe. — U paru chorych widzieliśmy odleżyny na obrzękłej skórze krzyża. U 2½-letniego dziecka w potwornie obrzękłej powiece dolnej powstał ropień, zawierający kilka łyżek ropy, opuszczający się w postaci zatoki daleko na policzek poniżej kości jarzmowej, a połączony z silną i upartą gorączką. Niewątpliwie w powstaniu ropnia odegrało ważną rolę obumieranie rozciągniętych puchliną tkanek powieki. U 1 chorego zjawiło się różycowe zapalenie z pęcherzami obrzękłych stóp. U innego widzieliśmy po ustąpieniu puchliny z moszny — uparty w niej naciek, który jednak ostatecznie znikł i w ropienie nie przeszedł. U dwu innych wyprysk (eczema papulosum) na wyprostnej powierzchni rąk, stóp, przedramion i goleni podczas znikania puchliny. Suchość skóry, łuszczenie się naskórka spotykaliśmy dość często. Natomiast związku puchliny głodowej z niesztowicami (ecthyma) i liszajcem (impetigo) nie zdołaliśmy stwierdzić u naszych chorych. (Dok. nast.).

O kurzej ślepocie i jej znaczeniu w czasie wojny.

Napisał

Prof. Dr K. W. Majewski

Zaburzenie wzroku, które nazywa się kurzą ślepotą albo ślepotą zmierzchową (hemeralopia), polega, jak wiadomo, na tem, że chory, który wśród dnia, w jasnem świetle, cieszy się jak najlepszym wzrokiem, po zachodzie słońca, gdy pierwszy zmrok zapadnie, widzi otaczające przedmioty bardzo słabo, potyka się na byle przeszkodzie, oryentuje się z największym trudem i nieraz drogi przed sobą znaleźć nie może.

Dzieje się to nietylko na dworze, w godzinie wieczornego zmroku, ale i w pokoju, choćby na wpół zaciemnionym, lub przy świetle sztucznem, niedostatecznie jasnem, wogóle przy oświetleniu słabszem, niż pełne światło dzienne.

Lud nazwał to zboczenie kurzą ślepotą (nazwa ta utrzymała się w polskiem słownictwie lekarskiem) dlatego, że objaw ten, u ludzi chorobliwy i zazwyczaj przemijający, jest u kur (podobnie zresztą, jak u niektórych innych ptaków, n. p. gołębi) stałą, prawidłową właściwością. To też kury, nie widząc o zmroku, układają się do snu zaraz po zachodzie słońca.

Poruszenie w dobie obecnej tematu o hemeralopii ma swe uzasadnienie w niemałem znaczeniu, jakie może mieć to zaburzenie u żołnierzy walczących na froncie bojowym, oraz w doniosłości tego objawu, jeżeli wystąpi on w czasie wojny niejako nagminnie wśród ludności cywilnej.

Wystarczy sobie tylko wyobrazić patrol wieczorną lub nocną, powierzoną żołnierzom dotkniętym hemeralopią! Zresztą nie trzeba dowodzić, że dobre oczy konieczne są żołnierzowi we wszelkich okolicznościach, potrzebne mu są zarówno do ataku, jak do obrony, do pełnienia straży i do szukania drogi. A najdzielniejszy, najwytrwalszy, najbystrzejszy żołnierz, jeśli jest dotknięty kurzą ślepotą, niedołężnieje zupełnie, gdy tylko zmrok zapadnie. Właśnie zaś w obecnej wojnie tak często czyta się w sprawozdaniach wojennych wiadomości o zaciętych atakach nocnych, o zasadzkach, o szturmach, podejmowanych pod osłoną ciemności.

Do tego trzeba dodać, że hemeralopia jest właśnie wśród wojska zjawiskiem dość częstem i, co gorsza, nawiedza nieraz odrazu większą liczbę żołnierzy tak, że sprawia wrażenie epidemii, chociaż nią nie jest w istocie. Podobny, nagminny niejako charakter, przybiera hemeralopia wśród ludności okolic, szczególnie ciężko dotkniętych klęską wojny.

Zanim rozpatrzymy bliżej warunki, wśród jakich kurza ślepota występuje, jej przyczyny i sposoby zwalczania, należy najpierw dokładniej zdać sobie sprawę z istoty tego zaburzenia wzroku. W tym celu musimy sięgnąć po niektóre szczegóły z fizyologii wzroku.

Wiadomo, że w zwykłych warunkach wszedłszy z jasnej do ciemnej lub raczej na wpół zaciemnionej przestrzeni, np. z ulicy do źle oświetlonej klatki schodowej, w pierwszej chwili nic prawie nie widzimy. Ale już po kilku sekundach, a tembardziej po kilku minutach, wzrok nasz oswaja się z ciemnością i zaczynamy coraz to lepiej rozróżniać przedmioty i dostrzegać szczegóły, jeszcze przed chwilą zupełnie niedostrzegalne. Przebywając dłużej, np. 20—30 minut, w pokoju silnie zaciemnionym, oswajamy się z ciemnością do tego stopnia, że zdołamy n. p. czytać zwykły druk w książce, gdyśmy poprzednio nawet książki nie widzieli, że rozpoznajemy godzinę na zegarku, gdyśmy z początku zegarka dostrzedz nie mogli. Tę własność oczu stopniowego oswajania się z ciemnością nazywamy adaptacyą. (Aubert). Na czemże polega istota tej adaptacyi? Skoro umożliwia ona widzenie przedmiotów w znacznie gorszych warunkach niż zwyczajne, to niewątpliwie pobudliwość zmysłu wzroku doznaje przez nią silnego spotęgowania. Istotnie, ścisłe badania (Piper) wykazują, że pobudliwość oka, pogrążonego w ciemności, gdy adaptacya po upływie mniej więcej godziny dojdzie do swego szczytu, staje się 800—1000 razy większą od tej, jaka istnieje i wystarcza oku do wyraźnego widzenia w pełnem jasnem oświetleniu dziennem. Zachodzi teraz pytanie, w jakiej części oka powstaje pod wpływem pogrążenia w ciemności ten olbrzymi wzrost pobudliwości wzrokowej.

Oczywiście w pierwszym rzędzie nasuwa się przypuszczenie, że ta zagadkowa przemiana odbywa się w siatkówce, a mianowicie we warstwie pręcików i czopków. Otóż

wiadomo, że czopki i pręciki nie są równomiernie rozmieszczone po siatkówce. W samym środku siatkówki, w plamce żółtej, znajdują się same tylko czopki. Jest to najczulsze i najważniejsze miejsce dna ocznego, bo w niem powstaje obraz tego przedmiotu, na który w danej chwili kierujemy spojrzenie, który zatem chwilowo więzi naszą uwagę. Jest to miejsce najwyraźniejszego widzenia, »oko oka« (»oculus oculi«). W całej pozostałej przestrzeni siatkówki czopki i pręciki są pomieszane ze sobą, ale tak, że im bardziej ku obwodowi, im dalej od plamki żółtej, tem mniej jest czopków, a tem więcej pręcików. Na samym obwodzie czopki są już tylko zrzadka rozrzucone wśród ogromnej przewagi pręcików.

Z tego rozmieszczenia tych dwojakich elementów wynika już poniekąd ich rola, przynajmniej rola czopków. Czopki są narządami wyraźnego widzenia zarysów i barw, ale do spełniania tej czynności potrzebne im jest jasne światło dzienne. Pręciki w widzeniu dziennem odgrywają drugorzędną rolę, na barwy są zupełnie niewrażliwe, natomiast główną ich czynnością jest przystosowywanie oka do ciemności, a więc zdolność adaptacyi. Tej zdolności czopki nie mają wcale. Ponieważ zatem, jak to wyżej wspomniałem, w środku siatkówki, w plamce żółtej, znajdują się same tylko czopki, a pręcików niema wcale, przeto miejsce to, które jest miejscem najwyraźniejszego widzenia we dnie, staje się w nocy stosunkowo mniej wrażliwe, niż cała pozostała przestrzeń siatkówki, gdzie znajdują się liczne pręciki i gdzie wskutek tego następuje w ciemności ogromne spotęgowanie pobudliwości. Plamka żółta jest wyłączona od tego przywileju, jest zatem niejako dotknięta fizyologiczną hemeralopią: z powodu braku pręcików nie jest zdolna do żadnej adaptacyi.

Oko zatem, już dokładnie zaadaptowane, widzi wieczorem stosunkowo lepiej obwodowemi częściami siatkówki, niż środkiem, wprost odwrotnie, jak we dnie. Już astronom Arago zauważył, że niektóre małe gwiazdy dostrzega się na nocnem niebie dopiero wtedy, gdy zamiast wprost się w nie wpatrywać, skieruje się spojrzenie obok nich. Zresztą bardzo przekonywającem jest następujące proste doświadczenie Kriesa: Jeśli na rozpiętym na ścianie czarnym aksamicie ponaklejamy w różnych miejscach małe krążki białego lub jasno niebieskiego papieru i silnie zaciemniwszy pokój, spoglądamy na ten czarny ekran okiem dokładnie zaadaptowanem, wtedy z łatwością zauważymy, że widzimy wszystkie krążki papierowe z wyjątkiem tych właśnie, na które w danej chwili kierujemy spojrzenie. Ponieważ w tym ostatnim przypadku obrazek przedmiotu pada na sam środek siatkówki, przeto wynika stąd, że to właśnie miejsce nie doznało podczas adaptacyi takiego wzmożenia pobudliwości, ażeby zdołało przy słabem oświetleniu rozpoznawać jasne papierki na czarnem tle, jak do tego są zdolne otaczające części siatkówki.

Istnieje jeszcze jeden fakt, który, co najmniej, przemawia silnie za twierdzeniem Kriesa i Parinauda, że to w pręcikach właśnie odbywa się tajemnicza czynność adaptacyi. Wiadomo oddawna, że pręciki zawierają istotę barwną, zwaną czerwienią albo purpurą wzrokową Bolla, która na świetle bardzo szybko rozkłada się i zupełnie bieleje, a pogrążona w ciemności odradza się i przybiera znowu pierwotną barwę czerwoną. Zjawisko to można doskonale śledzić na siatkówce oka żaby albo królika, a odbywa się ono również i w oku ludzkiem. Otóż do zupełnego odtworzenia się odbarwionej na świetle czerwieni w pręcikach siatkówki potrzeba mniej więcej równie długiego czasu, jak do osiągnięcia szczytu adaptacyi. Czopki nie zawierają wcale czerwieni wzrokowej, to też niema jej zupełnie w plamce żółtej.

Zestawienie tych faktów każe domyślać się, że i czerwień wzrokowa gra pewną rolę w adaptacyi, a równocześnie, że nie jest potrzebna do wyraźnego widzenia we dnie, skoro jej niema w czopkach. To też fizyologowie zgodnie przyjmują tego rodzaju podział czynności wrażliwych składników siatkówki, że czopki pośredniczą w widzeniu dziennem, widzeniu kształtów i barw, a pręciki, zawierające czerwień Bolla, w widzeniu nocnem, a tem samem w czynności adaptacyi.

W zgodzie z tem zapatrywaniem pozostają niektóre dane z anatomii i fizyologii porównawczej. I tak u ptaków nocnych, jak sowy, puhacze, i u innych zwierząt, żyjących przeważnie w ciemności, siatkówka zawiera same tylko pręciki, a czopków niema w niej wcale, lub bardzo niewiele. Dzięki temu stworzenia te widzą w nocy bardzo dobrze, nawet lepiej, niż we dnie. Zwierzęta zaś, żyjące przeważnie na świetle, a zwłaszcza te, które chętnie wygrzewają się na słońcu, n. p. jaszczurki, żółwie, węże, nie mają w siatkówce pręcików, ani czerwieni wzrokowej, a tylko same czopki. Niektóre ptaki, n. p. kury, gołębie, posiadają wprawdzie pręciki, ale bez czerwieni wzrokowej i to samo już sprawia, że o zmroku i w ciemności widzą bardzo słabo i niedokładnie.

To nadzwyczajne zaostrzenie pobudliwości, jakie powstaje w siatkówce pod wpływem adaptacyi w ciemności, nie odnosi się wcale do odczuwania rodzajów barw, ale tylko jasności barw, to znaczy: barwa n. p. niebieska nie będzie na oku zaadaptowanem sprawiać innego wrażenia, jak tylko wrażenie barwy niebieskiej, tak samo barwa czerwona, żółta i każda inna. Rodzaj wrażenia barwnego nie ulega zatem żadnej zmianie. Natomiast bardzo silnie zmienia się pod wpływem dokonanej adaptacyi jasność poszczególnych kolorów. W najwyższym stopniu zyskują na jasności barwy zimne: fiołkowa, błękitna, zielona, mniej barwy ciepłe: żółta, jeszcze mniej pomarańczowa, a wcale nic nie zyskuje barwa czerwona. Tym niejednostajnym wpływem adaptacyi na odczuwanie jasności poszczególnych barw tłomaczymy sobie znane zjawisko Purkinjego. Po zachodzie słońca, gdy silny zmrok zapadnie, przedmioty barwy czerwonej przedstawiają się nam jako ciemne lub wprost czarne i one pierwsze, gdy ciemność staje się coraz większa, znikają w tej ciemności zupełnie, natomiast przedmioty barwy zielonej, fiołkowej, a zwłaszcza błękitnej, daleko dłużej są dla zaadaptowanego oka dostrzegalne.

Adaptacya jest to zatem czynność, odbywająca się w oku pogrążonem w ciemności w pręcikach siatkówki, związana niewątpliwie z odradzaniem się czerwieni wzrokowej, która na świetle się rozkłada. Skutkiem tej adaptacyi jest bardzo znaczny wzrost pobudliwości siatkówki, który sprawia, że oko wyzyskuje owe resztki światła, jakie istnieją nawet w głębokim mroku, nawet w ciemnej nocy, i dzięki temu widzi i rozróżnia przedmioty w ciemności.

Na odwrót kurza ślepota jest to właśnie upośledzenie,

albo zupełna utrata zdolności adaptacyjnej. Nic więcej, jak tylko zawieszenie tej jednej z pośród różnych czynności narządu wzrokowego. Oko takie może w dziennem świetle okazywać znakomitą bystrość wzroku, widzieć wybornie w dal i zblizka, mieć prawidłowe, rozległe pole widzenia, rozróżniać najsubtelniejsze odcienie barwne, bo wszystko to są czynności czopków siatkówki. W jednym tylko względzie okazuje ono niedomogę: Gdy się znajdzie w ciemnej przestrzeni, przestaje widzieć prawie zupełnie, ale tu jeszcze na razie nie różni się w zasadzie od oka prawidłowego. Różnica występuje dopiero w tem, że, gdy oko prawidłowe stopniowo coraz bardziej oswaja się z ciemnością i już po kilku, a jeszcze bardziej po kilkunastu minutach doskonale oryentuje się mimo ciemności, to oko, dotknięte kurzą ślepotą, pozostaje stale na tym samym stopniu początkowego zamroczenia, albo w przypadkach lżejszych w nieznacznej tylko mierze przystosowuje się do ciemności. Ponieważ adaptacya jest czynnością pręcików i zawartej w nich czerwieni wzrokowej, więc stąd wniosek, że kurza ślepota jest jakiemś schorzeniem tychże właśnie pręcików.

Nie jest to jednak żadna odrębna choroba oczu. Kurza ślepota, to tylko objaw, który może występować w różnych schorzeniach narządu wzroku, i to przeważnie takich, które powstają na tle ogólnych chorób ustroju.

I tak stanowi hemeralopia stały i bardzo charakterystyczny objaw barwikowego zwyrodnienia siatkówki. Zwyrodnienie barwikowe obejmuje właśnie tę całą przestrzeń siatkówki, w której znajdują się pręciki. Środkowa część siatkówki, zawierająca same tylko czopki, opiera się dłużej niszczącemu procesowi i dlatego widzenie w świetle dziennem dopiero w późniejszych okresach choroby doznaje upośledzenia.

Zwyrodnienie barwikowe siatkówki jest nieuleczalne; nie znamy nawet środków, któreby mogły przynajmniej zwolnić tylko nieubłagane postępy tej choroby. Często występuje ona u wielu członków tej samej rodziny, dziedziczność zatem niewątpliwie w jej powstaniu odgrywa ważną rolę. Jest to wogóle znamię pewnego zwyrodnienia ogólnego. To też stosunkowo często zwyrodnienie barwikowe siatkówki występuje u dzieci rodziców, spokrewnionych ze sobą.

Czasem kurza ślepota, mniej lub więcej wybitna, pozostaje jedynem zaburzeniem wzroku na całe życie; wtedy jest to jedyne piętno zwyrodnienia. Częściej jednak z biegiem lat występują coraz to nowe objawy, a także wziernikiem dostrzegalne zmiany barwikowego zwyrodnienia siatkówki.

W przebiegu wielu innych ciężkich schorzeń siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego występuje niejednokrotnie kurza ślepota, jako objaw uboczny. Niema w tem nic dziwnego, gdy się zważy, że przy rozległych zmianach zapalnych, zwyradniających, czy krwotocznych, jakie powstają w różnych warstwach siatkówki, z łatwością dojść może także do uszkodzenia wielkiej ilości pręcików, a tem samem do zaburzeń w zdolności adaptacyjnej.

Ale zachodzą częste przypadki bez jakichkolwiek dostrzegalnych zmian wziernikowych, gdzie kurza ślepota stanowi wyłączny i jedyny objaw patologiczny, a przez to urasta sama do znaczenia samoistnej choroby. Jest to właśnie ta postać hemeralopii, która w obecnych czasach najbardziej nas obchodzi, ponieważ częstokroć masowo występuje u żołnierzy walczących w polu i wśród ludności okolic, zniszczonych wojną (»hemeralopia idiopathica« albo »hemeralopia essentialis«).

Jest to choroba, występująca najczęściej u osób dorosłych, częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Główną jej przyczyną zdaje się być liche, niedostateczne odżywienie. Wycieńczenie ustroju, z tego źródła płynące, wywołuje ogólną niedomogę wszystkich narządów, a także i pewnego rodzaju ospałość, niepobudliwość siatkówki, która na silne podniety, a więc na wrażenia wzrokowe w jasnem świetle dnia, oddziaływa jeszcze prawidłowo, ale w słabem oświetleniu zmroku, a tem bardziej w nocy, nie oddziaływa wcale, traci zupełnie lub w znacznej mierze zdolność adaptacyi, czyli popada w ślepotę zmierzchową. Ten stan siatkówki zowie się otrętwiałością siatkówki (torpor retinae).

Choroba ta, od wieków znana, pojawia się niejako nagminnie, jeżeli odżywienie gromad ludzkich jest niedostateczne tak pod względem ilości, jak i jakości, a zwłaszcza w okresach, kiedy stosunki odżywienia z dostatecznych lub znośnych stają się bezwzględnie niewystarczające. Stąd to już dawno spostrzegano kurzą ślepotę w niektórych licznych, a niedbale w żywność zaopatrzonych zbiorowiskach ludzkich: w koloniach robotniczych, w zakładach karnych, w domach sierót; toż samo u ludu wiejskiego, zwłaszcza w okresie przednowku, w latach nieurodzaju, w czasie długich postów, zalecanych n. p. przez kościół prawosławny.

Poza tem przyłącza się niekiedy hemeralopia do chorób ogólnych, jak n. p. zimnica, schorzenia wątroby i przewodu pokarmowego przebiegające z żółtaczką, gnilec, przewlekłe zatrucia, zwłaszcza alkoholem i t. d. Zważywszy jednak, że najczęstszą przyczyną tej postaci kurzej ślepoty jest niedostatek odżywienia, zrozumiemy odrazu, jakiego znaczenia nabiera ona w czasach wojny.

Już za dawnych czasów widziano wprost jakby epidemie kurzej ślepoty wśród załóg okrętów, które wyczerpały swe zapasy żywności; toż samo wśród wojska i u ludności cywilnej w oblężonych twierdzach. A i w obecnie toczącej się wojnie i tu u nas spostrzegaliśmy liczne przypadki hemeralopii u żołnierzy z oddziałów, którym wśród zmiennych kolei szczęścia wojennego na czas dłuższy odcięto treny i kuchnie polowe. Zwłaszcza częste jest to zjawisko wśród wynędzniałych i wygłodzonych jeńców rosyjskich.

Oczywiście, że niezmierne wyczerpanie fizyczne, jakiemu ulegają walczący żołnierze, usposabia ich w wysokim stopniu do wszelkich schorzeń, rozwijających się na tle wycieńczenia, a więc i do kurzej ślepoty. Dotknięty tą chorobą, traci zdolność oryentowania się o zmroku, a tembardziej w nocy i staje się przez to wprost niezdolnym do dalszego pełnienia służby.

Ale badanie przedmiotowe oczu żadnych dostrzegalnych zmian nie wykrywa. Ani powieki i gałki oczne niczem się nie różnią od prawidłowych, ani badanie dna oczu nie wykazuje najmniejszych zboczeń. Łatwo zrozumieć, jak kłopotliwem jest to dla lekarza wojskowego Nic łatwiejszego, jak udawać, że się nie widzi wieczorem, skoro lekarz przedmiotowem badaniem żadnej zmiany w oczach nie może stwierdzić. Do badania hemeralopii służy znany fotoptometr Foerstera.

Jest to skrzynka, wewnątrz na czarno pomalowana, zaopatrzona w jednej z bocznych ścian w 2 otwory dla

oczu osoby badanej. Na przeciwległej ścianie wewnątrz skrzynki jest umieszczony biały karton z czarnemi smugami różnej szerokości. Wnętrze skrzynki oświetla się zapomocą świecy, umieszczonej w szczelnem zamknięciu, tak że światło jej płomienia wpada przez okienko, opatrzone matową szybką szklaną lub papierem zatłuszczonym. Okienko to jest rozsuwalne zapomocą odpowiednio urządzonej śrubki, tak że dopływ światła do wnętrza fotoptometru możemy dowolnie zmieniać, a równocześnie odczytywać na wykalibrowanej podziałce stopień oświetlenia owych czarnych smug na białem tle na przeciwległej ścianie umieszczonych.

Badanie przeprowadza się w pokoju zupełnie zaciemnionym, w którym badany pozostaje co najmniej przez 20 minut, najlepiej z zawiązanemi oczyma, aby o ile możności jak najbardziej się do ciemności zaadaptował. Dopiero na szczycie adaptacyi wrażliwość siatkówki jest poniekąd ustalona i daje się z dostateczną dokładnością w cyfrach wyrazić.

Zdjąwszy badanemu opaskę z oczu w zupełnej ciemności, polecamy mu wstawić oczy w otwory przyrządu, najpierw przy okienku zupełnie zamkniętem. Na razie zatem badany nic jeszcze nie widzi. Następnie zaczynamy powoli stopniowo rozsuwać okienko i rozświetlać wnętrze skrzynki dopóty, póki chory nie dostrzeże owych czarnych pasków na przeciwległej ścianie skrzynki. Rozstrzygającym jest ten najmniejszy rozmiar okienka, czyli najsłabszy stopień oświetlenia, który już pozwala badanemu dostrzedz czarne znaki na tle białem. Prawidłowe oczy, dokładnie zaadaptowane, dostrzegają je już przy 2 mm przekątni okienka. Oczy, dotknięte kurzą ślepotą, potrzebują wielekroć, czasem dziesięć razy większego rozmiaru okienka, czyli tylekroć silniejszego oświetlenia.

Za pomocą fotoptometru możemy nietylko wykryć istnienie hemeralopii, ale nawet z pewną, dość znaczną dokładnością zmierzyć i w cyfrach określić jej stopień. Metoda ta, jako ściśle podmiotowa, nie może mieć jednak żadnego zastosowania tam, gdzie mamy jakiekolwiek powody powątpiewać w szczerość podań osoby badanej. Lekarz wojskowy szczególnie często musi mieć w tym względzie poważne wątpliwości.

W pomoc przychodzi mu niekiedy następująca okoliczność: oto z tych samych przyczyn i na tem samem tle ogólnem, co kurza ślepota, występuje niejednokrotnie na oczach inny objaw, o którym chorzy zwykle nawet nie wiedzą, bo nie daje im się wcale a wcale uczuć. Ale dla lekarza jest to objaw nieoceniony, bo dający się z wszelką łatwością stwierdzić przedmiotowo. Oto na twardówce na zewnątrz i na wewnątrz od rogówki w obrębie otwartej szpary powiekowej pojawiają się trójkątne plamki, wyglądające jakby zeschła biała pianka. Choć białe na tle białem, widoczne są jednak bardzo dobrze, gdyż sprawiają najzupełniej wrażenie miejsc tłustych. Łzy tych miejsc nie zwilżają wcale i dlatego te trójkątne plamki są ćme i nie błyszczą. Zmiana ta nosi nazwę zeskórnienia spojówki (xerosis conjunctivae). Bitôt pierwszy zmianę tę na oczach spostrzegł i dlatego nazywamy ten objaw także objawem Bitôta.

To tylko pewna, że te same czynniki ogólne, które mogą wywoływać kurzą ślepotę, a więc liche, zbyt jednostronne, zwłaszcza bezmięsne i chude pożywienie, dalej choroby wątroby, żółtaczka, zimnica, przewlekły alkoholizm, wywołują nieraz powstanie tych białych, matowych plamek Bitôta na spojówce twardówkowej oczu.

Otóż ta wspólność przyczyn i tożsamość warunków powstania sprawia, że oba objawy, mianowicie kurza ślepota i zeskórnienie spojówki występują najczęściej u jednego i tego samego osobnika, towarzyszą sobie wzajemnie. Są to niewątpliwie dwa zjawiska równorzędne, z jednego źródła pochodzące, chociaż od siebie niezależne To nam zupełnie wystarcza, że choremu, u którego widzimy na oczach plamki zeskórnienia, a o czem on sam najczęściej nic nawet nie wie, i który równocześnie skarży się na kurzą ślepotę, możemy zupełnie wierzyć, że nie udaje swej kurzej ślepoty, lecz, że ją ma naprawdę.

Pozostaje nam jeszcze sprawa leczenia kurzej ślepoty. Jest to cierpienie naogół łatwo uleczalne, a że najczęściej niedostateczne, zbyt skąpe i zbyt chude pożywienie stanowi główną jego przyczynę, a trudy, niewywczasy, znużenie, bezsenność, są warunkami, sprzyjającymi jego powstaniu, więc z jednej strony obfity, tłusty pokarm, także podawanie tranu, a z drugiej gruntowny, kilkotygodniowy wypoczynek wystarczają zazwyczaj, aby siatkówka odzyskała swą sprawność i zdolną się stała do prawidłowej adaptacyi.

U ludu prostego od dawien dawna spożywanie wątroby (cielęcej lub gęsiej) cieszy się sławą niezawodnego środka na kurzą ślepotę. Z leków miejscowych zalecają niektórzy zapuszczać do oczu przed zachodem słońca $^1/_2$—$1^0/_0$ roztwór strychniny, jako środek objawowy, podniecający chwilowo pobudliwość siatkówki. Wskazana jest również ciemnica lub przynajmniej noszenie ciemnych okularów, gdyż można przyjąć za pewne, że jasne światło nie sprzyja wzmocnieniu się nadwątlonej siły adaptacyjnej.

Odpoczynek, to obok dostatniego pożywienia drugi główny warunek odzyskania prawidłowego wzroku. Ten odpoczynek należy się bezsprzecznie strudzonemu żołnierzowi nietylko dlatego, że jego chwilowo nadwątlony wzrok tego wymaga, ale i dlatego, żeby skrzepił się cały, żeby nabrał nowych sił, świeżych zapasów energii i wytrwałości, jakich mu potrzeba do dalszego pełnienia ciężkiej i krwawej służby wojennej.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.

Ciąża a złośliwe nowotwory odbytnicy.

Uwagi kliniczne.

Podał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

Punktem wyjścia naszych rozważań nad powikłaniem ciąży nowotworami odbytnicy stał się przypadek, spostrzegany w klinice, o tyle niezwykły, że dotyczył ciężarnej, która, przebywszy operacyę doszczętną z powodu raka odbytnicy, tego powikłania właściwie już nie przedstawiała. Niemniej stan tej chorej, z raka na razie zupełnie uleczonej, budził ze względu na ciążę i oczekiwany poród liczne obawy i zmusił nas do operacyjnego wkroczenia.

Historya jej choroby przedstawia się w skróceniu, jak następuje:

F. S. l. 28, l. dz. 83 z r. 1913/14. Przebyła dwa prawidłowe porody, z których drugi przed $2^1/_2$ laty; roniła raz. Miesiączkować zaczęła wcześnie, bo w 11. roku życia; peryod zjawiał się co 4 tygodnie, trwał 3 do 5 dni i nie był obfity. Ostatni peryod miała chora w sierpniu 1913 r.,

poczem zaszła w ciążę. W początku listopada, a więc w czasie, kiedy była przeszło 2 miesiące w ciąży, zwróciła się do kol. prymaryusza Dr. Wachtla, żaląc się na dolegliwości ze strony odbytnicy, a mianowicie ból i odchodzenie krwawo zabarwionego śluzu. Dr. Wachtel, zbadawszy kiszkę palcem i rektoskopem, rozpoznał złośliwy nowotwór odbytnicy na wysokości trzeciego zwieracza i uznał zabieg operacyjny za niezbędny. Chora opuściła wówczas Kraków i bez wiedzy swojego ordynaryusza udała się do jednej z pozakrajowych klinik chirurgicznych, gdzie poddała się zabiegowi doszczętnemu w dniu 20. listopada 1913. Operacya polegała na resekcyi odbytnicy sposobem Hochenegga. Ciąży przed zabiegiem nie usunięto i mimo ciężkiej operacyi chora nie poroniła, tak że wróciła w styczniu do Krakowa w 5. miesiącu ciąży. Stan chorej w owym czasie był o tyle niekorzystny, że w przebiegu blizny pooperacyjnej potworzyły się przetoki, z których wylewał się kał płynny. W drugiej połowie stycznia powstała nadto przetoka z odbytnicy do pochwy w pobliżu sklepienia tylnego, z której to przetoki sączyła się treść ropna, zmieszana z kałem. Towarzyszyła tym objawom znaczna niedokrwistość i wybitne osłabienie chorej. Ciąża pięciomiesięczna była pod każdym względem prawidłowa. Badanie przez pochwę pozwalało stwierdzić, że na wysokości połowy tylnej ściany pochwy istnieje bliznowate połączenie odbytnicy z pochwą, przez co ściany obu tych przewodów były względem siebie zgoła nie przesuwalne. Na górnej granicy tego bliznowatego zjednoczenia, a więc już w pobliżu sklepienia, znajduje się otworek, którym wydobywa się płynny kał do pochwy. Ciepłota i tętno nie zbaczały od normy.

Po naradzie z lekarzami ordynującymi przyjąłem chorą do kliniki celem przerwania ciąży. Operacyę wykonałem d. 6. lutego, a więc w czasie, kiedy chora była w 6. miesiącu ciąży, t. j. w tym okresie, w którym płód urodzony jeszcze nie może być przy życiu utrzymany. Po dokładnem rozważeniu wszystkich okoliczności zdecydowałem się na amputacyę ciężarnej macicy przez laparotomię. Zabieg nie przedstawiał trudności. Macicę usunąłem nieprzeciętą, a więc razem z całą jej zawartością. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Chora opuściła klinikę 22. lutego.

Decyzyi, że ciąża ma być przerwana i że w tym celu tego właśnie sposobu użyć należy, nie oparłem na cudzem doświadczeniu, podanem w odnośnem piśmiennictwie, tem mniej na doświadczeniu własnem, którego nie miałem. Do przekonania, że tak działać trzeba, doszedłem na podstawie rozumowania i szczegółowej oceny wszystkiego, co za lub przeciw przemawiało. Z piśmiennictwem zapoznałem się później.

Dlaczego ciążę należało w tym przypadku przerwać? Czy wpływ jej był tak niekorzystny? Sądzę, że mogę na pytanie to odpowiedzieć twierdząco. Na pierwszy plan wysunąć się musi pytanie, czy ciąża sprzyjała u tej chorej rozwojowi nawrotu, względnie, czy nawrót miał warunki szybszego rozwoju. Nie ulega wątpliwości, że rak szyjki macicznej, pochwy i sromu rozwija się i uogólnia wśród ciąży szybciej, niż poza nią. Ciąża rozgrywa się w trzonie macicy, szyja, pochwa i srom znajdują się przez cały czas ciąży pod wpływem przekrwienia i okazują skłonność do przerostu. Ten życiowy bodziec działa jednak i poza granicami części płciowych na narządy najbliżej sąsiadujące, w pierwszym rzędzie na pęcherz i na odbytnicę. I one biorą udział w przekrwieniu. Przemawia za tem obraz cystoskopowy pęcherza i wczesne zjawianie się guzów krwawniczych w ciąży, w tym okresie, kiedy o ucisku na kiszkę mowy być nie może. Potężny rozwój układu chłonnego narządów rodnych podczas ciąży dotyczy do pewnego stopnia i narządów sąsiadujących, a wszystko to nie może być bez wpływu na nawrót i uogólnienie się nowotworu.

Ale nie o to jedynie chodziło w naszym przypadku i nie to uniemożliwiało nam czekanie na taki okres ciąży, w którym płód byłby zdolny do życia pozamacicznego. Szkodliwy wpływ ciąży na gojenie się rany i na bliznę pooperacyjną dał się u naszej chorej poprostu naocznie stwierdzić. Mam tu na myśli późne powstanie przetoki pochwowoodbytniczej. Macica ciężarna wskutek swojej prawidłowej ewolucyi rozciągała tu bliznę okrężną w ten sposób, jakby chciała górny odcinek odbytnicy podnieść do góry i oddzielić w bliźnie od dolnego. Było to następstwem powolnej, ale stałej elewacyi, jakiej podlega każda ciężarna macica w drugiej połowie ciąży.

Elewacya ta nie wpływa w prawidłowych przypadkach zgoła na odbytnicę, a bardzo niewiele na pęcherz. Bardzo znaczne rozpulchnienie tkanki, oddzielającej ścianę pęcherza od pochwy i szyi macicznej, sprawia, że narządy te w ciąży mogą względem siebie znacznie swobodniej się przesuwać, niż u osoby nieciężarnej. Odbytnica i poza ciążą nie okazuje tak ścisłego związku ze ścianą pochwy, jak pęcherz moczowy. W dolnej części oddziela ją od pochwy mięśniowe krocze, które, jak klin, szeroką częścią ku dołowi zwrócony, wsuwa się między te dwa przewody. Ponad kroczem przylega odbytnica ściślej do ściany pochwy tylko na krótkiej przestrzeni, poczem wsuwająca się z góry otrzewna jamą Douglasa oddziela pochwę od kiszki, pokrywając obydwie. Wynika z tego, że macica, pociągając podczas ciąży pochwę ku górze, może to uczynić, nie przemieszczając równocześnie pęcherza ani odbytnicy; pochwa przesuwa się wówczas wzdłuż odbytnicy, zostającej na miejscu. Klasycznego dowodu, że tak jest w istocie, dostarczyło spostrzeżenie z kliniki krakowskiej Madurowicza, opisane przez Jana Rosnera. Dotyczyło ono przypadku wrodzonego ujścia odbytnicy do pochwy (atresia ani vaginalis), w którym pod koniec ciąży doszło do zatrzymania wielkich mas kałowych w kiszce, na co z pewnością wywarła wpływ zmiana kierunku przewodu, wywołana przesunięciem się jednego narządu względem drugiego.

O takiem przesuwaniu się nie mogło było być mowy u naszej chorej. Blizna pooperacyjna doprowadziła do ścisłego zrośnięcia się odbytnicy z pochwą, co stało się tem łatwiej, że okrężnej resekcyi dokonano bezpośrednio pod dnem jamy Douglasa, a więc w miejscu ponad klinem krocza, w którem ściana odbytnicy przylega najbliżej do pochwy. To ścisłe zrośnięcie się obu ścian stało się przyczyną tego, że przesuwanie się pochwy nie mogło być obojętne dla odbytnicy, że więc macica dźwigała tu do góry nietylko pochwę, ale i górny odcinek kiszki. Łatwo zrozumieć, że w tym stanie rzeczy okrężna blizna nie miała warunków, jakieby były pożądane dla należytego skonsolidowania się, utrudnionego zresztą w tem miejscu przez ruchy robaczkowe i przesuwanie się mas kałowych. Te ostatnie niekorzystne czynniki miały jednak, jako chwilowo działające, mniejsze znaczenie, niż stałe rozciąganie blizny. Zresztą były nieuniknione.

Pod wpływem tych rozważań zapadło postanowienie że z przerwaniem ciąży nie należy zwlekać. Ciężka niedokrwistość i w ogóle zły stan chorej przemawiały za temsamem, bo przecież ciąża jest czynnikiem, który u zdrowych

i silnych osób zdrowie i siły podnosi, u chorych natomiast często źle na ogólny stan wpływa.

Wybór sposobu nie przedstawiał trudności. Wszelkie zabiegi od strony pochwy były z góry wykluczone; drogę tę uważaliśmy za zakażoną Pozostawała droga brzuszna, a więc cięcie cesarskie. W pierwszym rzędzie nasuwało się na myśl cięcie klasyczne z pozostawieniem macicy. Ale i to odrzuciliśmy, gdyż zdawało nam się, że rana połogowa macicy i rana operacyjna trzonu sąsiadowałyby zbyt blizko ze źródłem zakażenia, t. j. z przetoką odbytniczą Operacya doszczętna sposobem Porro była tu z pewnością bezpieczniejsza.

Robiąc ten zabieg pod koniec ciąży, otwiera się naprzód macicę, wyjmuje płód, a potem dopiero usuwa się macicę.

Robić się tak musi ze względu na płód. Ten wzgląd nie odgrywał w naszym przypadku roli; płód był tak czy tak stracony, a obowiązkiem naszym było dbać o to, żeby matka poniosła jak najmniejszy szwank na zdrowiu. Usunąłem macicę nieotwartą; uniknąłem w ten sposób niepotrzebnej utraty krwi, która towarzyszy prawie zawsze opróżnieniu przeciętej macicy; bywa ona niekiedy ogromna. Zamierzony cel osiągnąłem, gdyż operacya dała się wykonać prawie bezkrwawo [1]).

Po zabiegu dopiero rozpatrzyłem się w piśmiennictwie. Szukałem w niem krytyki własnego postępowania, ściśle biorąc, potwierdzenia jego słuszności. Przypadków powikłania ciąży rakiem odbytnicy znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie trzydzieści. Dotyczyły one kobiet dość młodych. U ośmiu z nich nie podano wieku, jedna liczyła lat mniej, niż dwadzieścia, jedenaście było między 20. a 30. rokiem życia, osiem między 30. a 40, a tylko dwie powyżej 40. Odpowiada to mniej więcej częstości ciąży w różnych okresach życia kobiety.

W dziesięciu przypadkach nie podano, podczas której z kolei ciąży zauważono raka odbytnicy. U pięciu chorych rozwinęło się to cierpienie podczas pierwszej ciąży, u trzech podczas drugiej, dwie były trzeci raz ciężarne, pięć po raz czwarty; po jednym przypadku wypada na ciążę piątą, szóstą, dziewiątą, dziesiątą i dwunastą.

U trzech chorych odkryto raka odbytnicy dopiero w połogu po prawidłowym porodzie; rozmiary nowotworu i okres połogu przemawiały za tem, że rak istnieć musiał już podczas ciąży.

Cztery razy spostrzegano samorodny, mniej lub więcej prawidłowy poród; nowotwór odbytnicy nie stanowił poważnej przeszkody porodowej, podobnie, jak u tamtych trzech chorych. W pięciu przypadkach natomiast przeszkoda ta była widoczną, tak że pomoc okazała się konieczną: wykonano operacyę kleszczową, wymóżdżenie, względnie wydobycie dziecka za nóżki. Dwanaście razy nie można było nawet myśleć o rozwiązaniu przez pochwę; w tych przypadkach ukończono poród cięciem cesarskiem, i to osiem razy z pozostawieniem macicy, cztery razy sposobem Porro.

Dla umożliwienia operacyi raka, względnie dla stworzenia korzystniejszych dla niej warunków przerwano 5 razy ciążę, i to cztery razy w sposób zwykły, raz usunięto ciężarną macicę przez pochwę.

Raz tylko operowano podczas ciąży, nie przerwawszy jej naprzód; zabieg wywołał jednak poronienie, poczem nastąpiło zakażenie i śmierć.

Opisane przypadki są wielce rozmaite. Ta rozmaitość polega na tem, że w jednych przypadkach rozpoznawano raka odbytnicy dopiero podczas połogu, w innych podczas porodu, w innych znowu w rozmaitych miesiącach ciąży. Sam nowotwór był w chwili rozpoznania rozmaicie rozwinięty i tworzył u jednych chorych wielki guz, wypełniający znaczną część miednicy małej, u innych stanowił nieznaczne owrzodzenie z naciekiem, nie przeszkadzającym mechanicznie porodowi. I usadowienie guza było rozmaite, co na przebieg wywierało niewątpliwie wpływ.

Z tych przebiegiem wielce od siebie różniących się przypadków wybieram kilka, które stanowić mogą typ; inne podobne są do nich mniej lub więcej.

I. Rak usadowił się wysoko i mimo dość znacznych rozmiarów nie stanowił przeszkody porodowej. O ile z opisu wnosić można, leżał on na wysokości III kręgu krzyżowego, a więc w miejscu największej wklęsłości kości krzyżowej. Wiadomo, że w tem miejscu wymiar prosty miednicy jest najdłuższy. (Semmelink, Centr. f. Gyn. 1903 p. 73). Ten typ przebiegu nie jest jednak częsty. W przypadku Semmelinka była zapewne bardzo obszerna miednica, a guz, wytworzony przez nowotwór, był niezbyt wielki.

II. Nowotwór rozwinął się bardzo nizko, zaledwie 3 cm ponad odbytem; wywołał zwężenie kiszki, powyżej którego nagromadziły się znaczne ilości kału. Ten kał, a nie nowotwór, przeszkadza porodowi. Po opróżnieniu kiszki samorodny poród donoszonego dziecka. (Rossa, Centr. f. Gyn. 1902 p. 1241). W przypadku tym nagromadzenie kału i powstała stąd przeszkoda porodowa nie zmienią istoty rzeczy, mianowicie tego faktu, że nowotwór sam przez się porodowi nie przeszkadzał. Leżał on poprostu już poza miednicą kostną w najniższym odcinku odbytnicy.

III. Rak stanowi przeszkodę porodową; poród operacyjny przez wydobycie dziecka za nóżki. Dziecko nieżywe. Matka zmiera w cztery dni później. Oględziny pośmiertne wykazują zmiażdżenie i rozdarcie odbytnicy (Cruveilhier). W przypadku tym występuje wyraźnie fatalne działanie urazu porodowego na odbytnicę zajętą nowotworem.

IV. Wielki guz nowotworowy zajmuje dużo miejsca w miednicy; macica wysoko, główka nieustalona, ujście przysunięte do spojenia. Na tylnej ścianie pochwy przetoka kałowa. Ponieważ o porodzie na drodze naturalnej mowy być nie może, rozwiązanie przez cięcie cesarskie zachowawcze. Przebieg pooperacyjny korzystny. Dziecko 2400 gr., zdrowe (Hollaender, Freund, Arch. f. Gyn. t. 44 p. 149). W przeciwstawieniu do przypadku poprzedniego uniknięto tu dzięki cięciu cesarskiemu zmiażdżenia odbytnicy.

V. Raka odbytnicy rozpoznano w 7. miesiącu ciąży. Nowotwór nie jest tak daleko posunięty, żeby się nie dał doszczętnie usunąć. Przed tą operacyą wywołuje się jednak poród przedwczesny, poczem zabieg doszczętny (Endelmann

---

[1]) Nie wyjąłem macicy z częścią pochwową, tylko uciąłem ją nieco poniżej ujścia wewnętrznego. Błonę śluzową szyjki macicznej wypaliłem przyżegadłem Pacquelina. Doszczętne usunięcie macicy z szyjką uważałem za niewłaściwe dlatego, ponieważ nie chciałem zadawać rany otrzewnej w pobliżu przetoki pochwowej, nie chciałem otwierać od strony brzucha pochwy, którą uważałem za zakażoną. Nie będąc pewnym, czy przewód szyjki jest jałowy, wypaliłem go przyżegadłem.

(z Warszawy) Centr. f. Gyn. 1902 p. 848). W tym przypadku poszedł Endelmann za rozumną radą Löhleina.

VI. U 24-letniej kobiety rak odbytnicy i 4. miesiąc pierwszej ciąży. Ciąży nie przerywa się, tylko wykonywa się doszczętną operacyę raka. Czwartego dnia poronienie, poczem śmierć wśród objawów zakażenia (Petersen).

Przypadek opisany przezemnie nie mieści się w ramach tych sześciu typów. Przypomina poniekąd typ ostatni; wspólne z nim ma to, że doszczętną operacyę raka wykonano w obu przypadkach bez względu na istniejącą ciążę. Przebieg późniejszy był jednak w obu przypadkach różny. U Petersenowskiej chorej operacya wywołała poronienie, a to ze swojej strony przyczyniło się do śmierci; u naszej chorej przebieg był szczęśliwszy. Przekonywa on nas o tem, że nawet po tak ciężkim zabiegu może ciąża nie przerwać się, ale dowodzi równocześnie, że istnienie blizny pooperacyjnej w odbytnicy jest również wielce niemiłem powikłaniem ciąży. Przekonany jestem, że w przypadku naszym trzeba było tak postąpić, jak postąpiliśmy. Jeśli jednak tak jest w istocie, to stwierdzić trzeba, że chora nasza nietylko nic nie zyskała przez to, iż ciąży u niej przed operacyą nie przerwano, ale przeciwnie straciła, gdyż, pominąwszy już wszystko inne, narażona została na operacyę znacznie cięższą, niż wywołanie poronienia w początku ciąży.

Z opisanych w piśmiennictwie przypadków można wysnuć następujące wnioski. Rak odbytnicy jest bardzo ciężkiem powikłaniem ciąży; w przeważnej liczbie przypadków stanowi on znaczną przeszkodę porodową, która niekiedy jest bezwzględną i nie pozostawia innej drogi wyjścia, prócz cięcia cesarskiego. Ale nawet w tych przypadkach, w których płód przejść może przez miednicę, cięcie cesarskie może być wskazane dla uniknięcia ciężkiego urazu, jaki poród zadać musi kiszce. Wyjątek stanowią te przypadki, w których rak zajmuje najniższy odcinek kiszki; nie może się on wówczas dostać pomiędzy główkę, a ścianę miednicy, choć i w tych przypadkach uraz chorego miejsca nie jest mały.

Przed doszczętnem usunięciem raka odbytnicy powinno się przerwać ciążę bez względu na jej okres, a to dlatego, że i poronienie bezpośrednio po zabiegu i poród w dłuższy czas po nim przedstawiają zbyt wielkie dla chorej niebezpieczeństwo.

Zresztą, gdzie chodzi o chorobę tej wagi, co rak, tam wszystko uczynić należy, żeby stworzyć najkorzystniejsze warunki dla operacyi, a najniekorzystniejsze dla wzrostu i nawrotu nowotworu. A przecież wątpić nie można, że ciąża rozrostowi raka odbytnicy sprzyja i zapewne powstanie nawrotu ułatwia.

Oceny i sprawozdania.

Schönwerth, **Taschenbuch des Feldarztes,** część I. **Chirurgia polowa** (Kriegschirurgie). Wydanie IV. Monachium, nakład J. F. Lehmanna 1915. Cena w oprawie 4 Mk. Część II. **Medycyna wewnętrzna** (w opracowaniu Dieudonné, Grubera, Guddena, Hasslauera, Heucka, Salzera, Sitmanna, Spielmayera, Weichardta), Wydanie II. Monachium (J. F. Lehmann) 1915. Cena w oprawie 4 Mk.

Jak w wielu innych dziedzinach, tak i w piśmiennictwie lekarskiem wyciska szalejąca od roku wojna swoje piętno, stwarzając do swych potrzeb zastosowane wydawnictwa. Zdawałoby się na pozór, że zarys chirurgii polowej, wciśnięty w kieszonkową książeczkę (formatu 12×18 ctm.), o 217 stronach zaledwo — nie może mieć praktycznej wartości, a więc i nie będzie mieć powodzenia. Wojna i tu przyniosła niespodziankę, bo oto nietylko część chirurgiczna, wydana zrazu pod nazwą »Vademecum des Feldarztes«, przerabiana i uzupełniana za każdym razem według najnowszych doświadczeń, zebranych na samem polu walki i w szpitalach polowych, wychodzi przed upływem jednego roku wojny w czwartem już wydaniu, ale nawet wydana za jej wzorem część druga, głównie internistyczna, wtłoczona w ramy 247 stron, pojawia się już w drugiem wydaniu, a wkrótce ma wyjść część trzecia, ortopedyczna, opracowana przez Langego i Trumppa.

Tajemnica takiego popytu leży, zdaje się, głównie w tem, że większość lekarzy, czynnych dziś na placu boju, rekrutuje się z lekarzy praktycznych, wogóle w czasie pokoju mało mających sposobności zastosowania swych wiadomości chirurgicznych, a już z pewnością nie obeznanych bliżej ze specyalnemi zadaniami i warunkami chirurgii polowej; tym nawet tak krótki podręcznik przydaje się, zwłaszcza w początkach ich pracy na nowem polu. — Z drugiej strony nie bez znaczenia jest okoliczność, że w opracowaniu książeczki uczestniczyli autorowie wybitni, przeważnie profesorowie wszechnic niemieckich, którzy starali się i potrafili wywiązać się dobrze z zadania.

Część chirurgiczna obejmuje w rozdziale pierwszym, zatytułowanym »Krótka chirurgia polowa«, ogólne wiadomości o ranach postrzałowych i pierwszym opatrunku, o amputacyach i najważniejszych zakażeniach przyrannych, oraz o podwiązywaniu tętnic. Rozdział ten kończy się wiadomościami o organizacyi placów pierwszej pomocy, szpitali polowych i t. d. W rozdziale drugim na początku są wskazówki, jak improwizować »salę« operacyjną, dalej ustępy o znieczulaniu, tamowaniu krwotoku, o sprawach ropnych. Rozdział trzeci jest krótką »chirurgią szczegółową«, przykrojoną do potrzeb wojennych. Z praktycznych względów podano w każdym ustępie osobno wskazówki, jak postępować z każdem zranieniem na placu pierwszej pomocy, jak na placu opatrunkowym głównym, a jak w szpitalu polowym. Niewątpliwą zaletą książki jest 97 rycin, dobranych praktycznie.

Druga część książeczki nie sili się, i słusznie, na to, by streszczać wszelakie niechirurgiczne działy medycyny, boć wtedy 247 stron ledwoby wystarczyło na same tytuły... Podano tu tylko bardzo treściwie rzeczy, najprzydatniejsze z owych działów medycyny lekarzowi na placu boju. A więc lwią część miejsca poświęcono chorobom zakaźnym. Z innych chorób wewnętrznych uwzględniono tylko ostre osłabienie serca, gruźlicę, udar słoneczny i kilka tym podobnych. Nieco więcej miejsca poświęcono (ostrym głównie) chorobom nerwowym i umysłowym, stosunkowo zaś dużo miejsca chorobom oczu, uszu, nosa i gardła, wreszcie chorobom skórnym i wenerycznym, które każda wojna tak groźnie rozszerza. Dołączeniu ustępu o znaczeniu społeczno-higienicznem tych właśnie chorób i o zwalczaniu alkoholizmu — można tylko przyklasnąć. W końcu: spis leków z tłómaczeniem ich nazw na francuskie, angielskie i rosyjskie. Z.

Tablice do pouczania żołnierzy o niebezpieczeństwie stosunków płciowych (Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich der Gefahren des Geschlechtsverkehrs). Monachium (J. F. Lehmann) 1914. — Cena 1 Mk.

Tablice, poczęści barwne, zaopatrzone krótkiemi objaśnieniami przez doc. Heucka, przedstawiają typowe obrazy zmian, wywołanych przez choroby weneryczne, a mają widocznie za zadanie przez te odstraszające przykłady krzewić wśród wojska ile możności abstynencyę płciową i uchronić przez to żołnierzy od zakażenia się. Tablice te powinienby mieć ze sobą każdy lekarz, czynny na froncie i z ich pomocą jak najczęściej pouczać żołnierzy o niebezpieczeństwach zakażeń wenerycznych. Z.

Uzupełniające kursa lekarskie (Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften), wydawane pod redakcyą dr. D. Sarasona. Monachium, nakład J. F. Lehmanna, 1914/1915. Cena za rocznik 16 Mk.

»Kursa« monachijskie, które przez pięć lat swego istnienia zjednały sobie wielką wziętość wśród lekarzy praktycznych, władających językiem niemieckim, rosyjskim i portugalskim (przed wojną wychodziły »Kursa« w takich trzech wydaniach), ukazują się i w czasie wojny, aczkolwiek nie bez trudności, z opóźnieniem terminów wyjścia, a nawet z takiemi przeszko-

dami, jak zakaz publikacyi rozprawy znanego dermatologa Blaschko przez władze wojskowe bawarskie. Ogólny program kursów nie uległ zmianie; kolejno więc poświęcany bywa, jak zawsze, zeszyt styczniowy biologii i patologii, lutowy chorobom krążenia i oddychania, dalsze chorobom trawienia, przemiany materyi, dermatologii, neurologii, ginekologii, chirurgii i t. d. W każdym zeszycie znajduje się poglądowe sprawozdanie z postępów danej gałęzi medycyny w ostatnim roku, a oprócz tego zazwyczaj jedna lub dwie monografie, dotyczące najaktualniejszych zagadnień z tej gałęzi.

Oczywiście, jak wszędzie, tak i w »Kursach« wycisnęła wojna swoje piętno. I tak n. p. grudniowy zeszyt zeszłoroczny wypełniają wyłącznie tematy z zakresu chirurgii polowej: Prof. Zeller pisze o leczeniu zakażonych ran postrzałowych kości i stawów, oraz o operacyjnem leczeniu wojennych uszkodzeń układu nerwowego; Prof. Warnekros o leczeniu złamań szczęki; Prof. Helbing o zadaniach ortopedyi w czasie wojny. Podobnie zawiera n. p. zeszyt lutowy tegoroczny rozprawy Prof. Hoffmanna: »Wpływy wojenne a choroby narządów oddechowych«; zeszyt marcowy między innemi rozprawę prof. Straussa o wpływie wojny na choroby narządu trawienia i t. d. Nie brak jednakże i rozpraw ze zwykłego zakresu, jak n. p. o otyłości (Prof. Luthje), o dyecie w chorobach jelit (Prof. Strauss), o stanowisku patologii komórkowej w nowoczesnej medycynie (Prof. Lubarsch) i t. d. »Kursów« niepodobna tu streszczać, wystarczy przypomnieć, że autorami tych rozpraw są dotychczasowi współpracownicy »Kursów, by stwierdzić, że i »wojenne« zeszyty nie ustępują co do wartości poprzednim rocznikom tego wydawnictwa.

Piśmiennictwo bieżące.

Choroby zakaźne.

Schmidt: **Rozpoznanie różniczkowe czerwonki** (Münch. med. Woch. 1914, 38). Już biegunka o nagłym początku, z silnem parciem na stolec, z częstemi, ale skąpemi wyróżnieniami powinna budzić podejrzenia. Stolce, zrazu nie charakterystyczne, wkrótce stają się znamienne: płynne, jasnoróżowe (domieszka krwi), z domieszką białawych kłaczków (drobnowidowo: strzępów obumarłego nabłonka), cuchnące klejowato. Wypróżnienia zjawiają się bez związku ze spożyciem pokarmów i bez kolki brzusznej; ból zależy tylko od parcia na stolec, utrzymującego się często i między wypróżnieniami, które są tak raptowne, że chorzy często nie mogą zdążyć zejść na stolec i przez to zanieczyszczają pościel, łóżko i podłogę. Wymioty bywają zwykle tylko raz na początku choroby; apetyt nie bywa upośledzony. Gorączka bywa prawie zawsze. Brzuch wciągnięty, niebolesny, lub tylko nieco bolesny w okolicy pętli esowatej. W odróżnieniu od tych znamion czerwonki są w ostrych zakaźnych nieżytach przewodu pokarmowego innej przyrody — stolce płynne, ale obfite, kałowate lub wodniste, bez odcienia różowego, bez białawych kłaczków, bez parcia (biegunki letnie, ostry nieżyt jelit, ostry paratyfus, cholera swojska). W prostym niezakaźnym nieżycie okrężnicy zdarza się wprawdzie gorączka i różowe (krwawe) zabarwienie stolców, tu jednak w stolcach bywa obfita domieszka śluzu, stan ogólny zwykle dość dobry, kolka brzuszna przed wypróżnieniem, natomiast brak parcia lub bardzo małe. Ropne zapalenie okrężnicy nie czerwonkowe rzadko tylko zaczyna się ostro, częściej przebiega przewlekle; w stolcach domieszka krwi nader obfita, zawsze domieszka śluzu i ropy, wypróżnienia niezbyt częste. Ostre zapalenie odbytnicy, wywołane najczęściej przez zaleganie twardych grud kału, krwawnice, polipy i t. p., odznacza się gwałtownym bolesnym skurczem zwieracza odbytu bez wypróżnień, przyczem kał jest prawidłowy.

Grober: **Leczenie czerwonki** (Dts. m. Woch. 1914, 41). Surowica Gaussa (podskórnie aż do 20 cm. sz., w razie potrzeby trzykrotnie dzień po dniu), stosowana leczniczo, działa u niektórych chorych nader rychło i wyraźnie. Natomiast działanie jej zapobiegawcze jest niepewne, co gorsza, częste są bardzo niemiłe przypadki uboczne (osutka posurowicza, obrzęk gruczołów, biegunki). Ze środków przeczyszczających zaleca się olej rącznikowy w dawkach miernych (1—2 łyżek). Przetwory gar-

bnika niewiele skutkują przeciw biegunkom; najlepszy tu jeszcze jest makowiec, który nieraz trzeba podać w dużej dawce. Przeciw parciu czopki makowcowe z dodatkiem 0,01—0,02 Extr. belladonae; niekiedy i one zawodzą. Czkawkę usuwają niekiedy pigułki z lodu, czasem dopiero środki narkotyczne. Zalecana w ostatnich czasach gorąco glinka armeńska (bolus alba: 3 łyżki na dzień lub 150—300 cm. sz. naraz w wodzie lub winie) zawodzi w wielu cięższych przypadkach, natomiast w lżejszych działa istotnie korzystnie, często jednak sprawiając dolegliwości żołądkowe. Baczyć należy bardzo na stan serca i już wcześnie i energicznie stosować środki sercowe; wielu chorych uratowała kamfora (aż do 1 cm sz. co 2 godziny). Bóle zmniejsza wilgotny okład, wyjątkowo można użyć worka z lodem. Dyeta: kleik, wino (czerwone), herbata i kakao w ilościach miernych.

Rumpel: **Leczenie czerwonki** (Münch. med. Woch. 1915, 6). Większe dawki glinki armeńskiej (bolus alba) działały dobrze, jeżeli przebieg był wogóle lekki. O szczepionce (3 razy po 0,5 do 1 gr.) wyraża się R. ostrożnie, że nie jest szkodliwą, a niekiedy pomaga. Przy zakażeniach prątkami typu Flexnera przebieg bywał lżejszy, to też zdaniem R. wobec stosunków wojennych możnaby odstąpić od zasady odosabniania roznosicieli tych prątków aż do zupełnego zniknięcia prątków z kału; natomiast zasadę tę należy ściśle utrzymać wobec roznosicieli prątków typu Shiga-Kruse, które według spostrzeżeń R. wywołują zawsze przebieg ciężki. W przewlekających się przypadkach zaleca się glinka armeńska w dawkach aż do 200 gr dziennie przez cały szereg dni, z przerwami co 3. lub 5. dzień; w tej przerwie energiczne przeczyszczenie. W razie trwałej biegunki salep, w razie silnych krwotoków z głębszych wrzodów przepłukiwania rozczynem soli kuchennej z adrenaliną, garbnikowe i t. d., w razie złego gojenia się wrzodów 1—5$^0/_{00}$ (promille) protargol, przy wrzodach nizko usadowionych lawatywy przedłużone z glinki armeńskiej, drożdży piwnych, zawiesiny dermatolu.

Rauch: **Leczenie cholery** (Münch. med. Woch. 1915, 5). Przedewszystkiem zaleca R. wielką troskliwość o doprowadzenie ustrojowi ciepła przez ciepłe okłady (kataplazmy) na brzuch, ciepłe przykrycie, dobre ogrzanie izby. W pierwszych dniach podawać tylko lekką herbatę z dodatkiem odrobiny koniaku, oraz kleiki. Z leków naprzemian makowiec, garbnik, glinka armeńska, azotan bizmutu, aby uzyskać działanie zbiorowe. Ze względu na serce, objawowe stosowanie naparstnicy, digalenu, kofeiny (coff. natr. benz. podskórnie); bolesne kurcze w łydkach uśmierza morfina (podskórnie lub wewnętrznie).

Rabinowitsch: **Odczyn dwuazowy i urobilinowy w durze osutkowym** (Berl. kl. Woch. 1914, 31). Oba te odczyny bywają w większości przypadków duru osutkowego wyraźne. Odczyn dwuazowy, wybitny już w pierwszych dniach choroby, znika z moczu przeważnie tuż przed przełomem, może jednak utrzymywać się niekiedy i po nim. Odczyn urobilinowy (zależny od hemolitycznego działania zarazka) pojawia się w moczu zazwyczaj na krótko przed przełomem lub zaraz po nim. Pojawienie się i utrzymywanie się tego odczynu są bardzo zmienne, zależnie od przypadku. Odczyn dwuazowy i jego stopień nie stoi w związku z ciężkością przypadku chorobowego.

Walter: **O występowaniu nagminnem duru osutkowego w obozach wojska i jeńców** (Berl. kl. Woch. 1915, 40). Upatrywanie we wszach wyłącznych pośredników szerzenia się duru osutkowego nie jest słuszne. Pogląd ten nie wyjaśnia wielu szczegółów w epidemiologii tej choroby. Należy więc przypuścić, że szerzenie się duru osutkowego następuje także za pośrednictwem powietrza, jeżeli zarazek unosi się w niem w obfitości. (Lekarze, zwłaszcza u nas, już w dawniejszych czasach zauważyli zapobiegawcze działanie i korzystny wpływ silnego przewietrzania izb, gdzie są chorzy na dur osutkowy; w ostatnich już zaś latach lekarze nasi, pracujący w służbie rządowej w Galicyi, zwrócili ponownie uwagę na spostrzeżenia, przemawiające za miazmatycznym — w dawnem pojęciu — charakterem zarazka tej choroby. Przypisek sprawozdawcy).

Herrnheiser: **Odrębności przebiegu duru brzusznego w czasie wojny** (Wiener kl. Woch. 1915, 36). Przebieg duru brzusznego odznacza się w czasie obecnej wojny według spostrzeżeń H. pewną odrębnością w porównaniu ze zwykłym przebiegiem. Należą tu: krótkie trwanie i niewielki stopień gorączki, częsty jej spadek w postaci przełomu, częsty przebieg poronny całej choroby, nierzadkie szerzenie się osutki także na kończyny i jej postać petociowa, częste zapalenia odoskrzelowe płuc, bardzo często rychłe objawy osłabienia serca. Nawroty spostrzegał H. w 22$^0/_0$ przypadków; w 10$^0/_0$ widział przelotną gorączkę w czasie okresu zdrowienia (raz pojawiły się potem prątki durowe w moczu). r.

Prof. Tabora: **Leczenie duru w szpitalach polowych** (Münchener med. Woch. 1915, 13). W ciągu półrocznej działalności w szpitalach polowych przeprowadził T. próby u bardzo wielu chorych, posługując się metodami i środkami, które dadzą się zastosować nawet w najtrudniejszych warunkach. Na zasadzie swego doświadczenia oświadcza się T. w sprawie dyety, za utrzymaniem dyety bardzo surowej, jaką stosuje się od bardzo dawnych czasów, przy tej dyecie są bowiem wyniki co najmniej nie gorsze, niż przy stosowaniu innych metod. Twierdzenie to popiera T. ogromną statystyką. Zalecanych i dziś jeszcze kąpieli T. nie stosował z wielu względów. Przeciw zamroczeniu świadomości okazał się z używanych leków najlepszym pyramidon. Zaburzeniom krążenia starał się T. z góry zapobiegać podawaniem przetworów naparstnicy; u wszystkich chorych z wysoką gorączką i wogóle w cięższych przypadkach podawał przez 5 dni po 0,1 digipuratum 6 razy dziennie, a w bardzo ciężkich w pierwszej dobie 1,0 »in dosi refracta«. Chorzy znosili ten środek dobrze, tylko u dwóch po zużyciu 7 resp. 9 gram. zjawiły się wymioty. Po takiem leczeniu naparstnicowem pojawiały się zaburzenia ze strony serca tylko bardzo wyjątkowo, to też prawie nigdy nie zachodziła potrzeba późniejszego stosowania kamfory, ani kofeiny. T. próbował także bakteryoterapii z wynikiem, jak podaje, zachęcającym. Kn.

Nottebaum: **Nalewka jodowa przy krwotokach jelitowych w durze brzusznym** (Dts. med. Woch. 1913, 49). Według dawnych spostrzeżeń miało być w durze codzienne podawanie 15—25 kropli nalewki jodowej o tyle skuteczne, że przebieg duru był przytem łagodniejszy i krótszy. Według N. ma być nalewka jodowa w durze nader skutecznym środkiem wobec krwotoków, zastosowana według następującego przepisu: Rp. Tinct. jodi gutt. XXV., Natr. jodati 0,1, Aq. menthae piper., Syr. simpl. aa 20.0, Aq. destill. ad 200.0, po łyżce stołowej zrazu co pół godziny, potem co godzinę, co dwie, w końcu jeszcze rzadziej. Przy tem leczeniu ustawały, jak podaje N., krwotoki jelitowe, opierające się wszelkim innym środkom. Również na biegunkę miał środek ten w durze działać korzystnie.

Grumann: **Znamienny objaw odry** (Münch. med. Woch. 1914, 3). Według G. bywa wczesnym, dla odry znamiennym objawem pojawienie się białawych, pasemkowatych nalotów na obu migdałkach w otoczeniu zatok migdałkowych, ale niekiedy także i na wypukłościach powierzchni migdałków. Objaw ten może występować równocześnie z plamami Koplika, albo i nieco wcześniej, a polega taksamo, jak i objaw Koplika, na powierzchownej martwicy błony śluzowej. Ogólna osutka występuje w 1—2 dni później.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.